Rok XLI. Kraków 20 Grudnia 1902. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Rydygiera we Lwowie.**

Przypadek ropnia okołomózgowego pochodzenia nosowego.

Podał

Dr. Teofil Zalewski.

Sprawy zapalne mózgu i jego opon dopiero w ostatnich czasach zaczęły zwracać większą uwagę chirurgów. Pomimo znacznego postępu, jaki uczyniliśmy w zrozumieniu tych spraw chorobowych, wiadomości nasze okazują jeszcze znaczne braki. Badania anatomo-patologiczne i spostrzeżenia kliniczne wykazały, że sprawy ropne wewnątrz czaszki są najczęściej sprawami następowemi, które zawdzięczają swoje powstanie przejściu ropienia z otoczenia bądź na mózg, bądź też na jego opony. Posiadamy bardzo obszerne piśmiennictwo o ropieniach wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego, natomiast o ropieniach wewnątrzczaszkowych pochodzenia nosowego skąpe mamy wiadomości. Dzięki pracom ostatnich lat wiemy, że ropienie ucha środkowego dość często stosunkowo jest przyczyną powstawania ropienia wewnątrzczaszkowego; wiadome nam są mniej lub więcej i drogi, któremi ropienie z ucha przechodzi do czaszki; wiemy też, że przez odpowiedni zabieg chirurgiczny możemy zapobiedz temu powikłaniu, lub też istniejące ropienie wewnątrz czaszki usunąć.

Że nos może być punktem wyjścia dla ropnia mózgu, względnie jego opon, jest rzeczą pewną. Istnieją spostrzeżenia, które niezbicie dowodzą, że sprawy zapalne zatok nosowych, mogą drogą naczyń chłonnych i krwionośnych, albo też przez szerzenie się z sąsiedztwa, niszcząc ściany kostne nosa, przejść do czaszki i wywołać zapalenie opon mózgowych albo samego mózgu. Istnieją także spostrzeżenia, które wskazują, że nawet po stosunkowo nieznacznych zabiegach w nosie może nastąpić śmierć wskutek powikłań ze strony mózgu. Wprawdzie w wielu opisanych przypadkach nie było sekcyi, nie mamy więc niezbitych dowodów, że śmierć nastąpiła wskutek powikłań wewnątrzczaszkowych; znane są jednak przypadki, gdzie np. po wydaleniu polipów nosowych śmierć nastąpiła wśród objawów zapalenia opon mózgowych i gdzie sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Dreyfuss w rozprawie swojej „O chorobach mózgu i jego opon wskutek ropienia w nosie“ przytacza przypadek Thibaulta, gdzie po nieznacznem zadraśnięciu słomą błony śluzowej nosa nastąpiła śmierć, a sekcya stwierdziła zapalenie opon mózgowych.

Przypadek, który spostrzegano w klinice chirurgicznej lwowskiej, nie należy do codziennych ze względu na swój przebieg, a prócz tego obserwowany był za życia i skończył się wyzdrowieniem, kiedy dotychczasopisane przypadki znane są przeważnie ze sekcyi. Z tych powodów uważam ogłoszenie go za pożyteczne.

D. 23 kwietnia 1901 zgłosiła się do kliniki chirurgicznej B. G. lat 56, z przetoką na czole, z której sączy się ropa. Przed 4 tygodniami zauważyła ona na czole ponad brwią lewą różowy guzek, wielkości fasoli, który lekarz naciął i z którego wyciekła ropa. Rana, która pozostała po nacięciu, dotąd zgoić się nie może pomimo leczenia. Chora przeczy, by miała kiedykolwiek jakie dolegliwości ze strony nosa; nigdy nie zauważyła zwiększonej wydzieliny z nosa. Wypytywana specyalnie o zaburzenia ze strony mózgu, przeczy stanowczo; nawet bólu głowy nigdy nie miała; słowem żadnej poważniejszej choroby nigdy nie przechodziła.

Na czole po stronie lewej, tuż pod guzem czołowym, widzimy przetokę, z której wydziela się ropa. Przez przetokę wchodzimy zgłębnikiem ku dołowi na głębokość przeszło 1 ctm., przyczem zgłębnik wchodzi nie tylko ku dołowi, lecz i w kierunku ku wewnątrz do czaszki tak, że dochodzimy do kości, lecz nieobnażonej. Skóra naokoło przetoki cośkolwiek zaczerwieniona. Okolice zatok czołowych na ucisk niebolesne.

Badanie nosa wykazuje obecność dość dużego polipa po stronie lewej; zresztą objawy nieznacznego nieżytu. Wydzieliny znaczniejszej niema. Polip znajduje się w przedniej części nosa i wychodzi że środkowego przewodu nosowego.

Biorąc pod uwagę zmiany w nosie, przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z ropieniem w zatoce czołowej lewej z przebiciem przedniej jej ściany. Utworzenie przetoki na czole tłómaczyliśmy sobie w ten sposób, że polip założył ujście zatoki czołowej w nosie i uniemożliwił odpływ wydzieliny do nosa, wskutek czego ropa przebiła przednią ścianę zatoki. Wprawdzie przebicie następuje najczęściej do oczodołu przez dolną ścianę, ale możliwe jest także i przebicie przedniej ściany. Kierunek, w jakim wchodził zgłębnik, wprowadzony przez przetokę, przemawiał przeciwko ropieniu w zatoce czołowej. Także i zupełny brak ropy w nosie pomimo kilkakrotnego badania i pomimo poruszania polipa, przemawiał przeciwko zajęciu zatoki czołowej. Przyjęliśmy jednak, że mamy do czynienia z ropieniem w zatoce czołowej, bo trudno było przypuścić jakieś powikłanie ze strony mózgu wobec braku jakichkolwiek objawów.

W przekonaniu, że mamy do czynienia z ropieniem w zatoce czołowej, uważaliśmy za wskazane rozszerzyć przetokę i tym sposobem otworzyć zatokę. Nadmienić wypada, że chora na wyjęcie polipa zgodzić się nie chciała i stanowczo oświadczyła, by polip zostawić w spokoju. Chorą uśpiono i wprowadziwszy zgłębnik do przetoki, rozszerzono przetokę, wydłutowawszy kość wielkości korony. (Dr. Zalewski). Wtedy przekonaliśmy się, że zgłębnik nie pozostawał w zatoce czołowej, lecz że koniec jego opierał się o kość sitową w okolicy grzebienia koguciego i że z tego miejsca pochodzi ropa. Opona twarda mózgu okazała się przedziurawioną i ropa znajdowała się po obydwóch stronach opony. Tętnienie mózgu wyraźne. Kość sitowa nie okazuje próchnienia. Zatoka czołowa nie została otwartą.

Chora w 6 tygodni pojechała do domu zupełnie wyleczona. Opatrunek zmieniano przez cały czas gojenia co trzy dni. Przy pierwszych dwóch opatrunkach wydobywała się ropa z przestworu między mózgiem a oponą twardą; później wychodziła tylko ciecz surowicza. Rana zabliźniła się zupełnie, pozostało tylko małe zagłębienie. Na wyjęcie polipa chora i teraz się nie zgodziła.

Mamy więc przypadek ropnia wewnątrzczaszkowego,

usadowionego na kości sitowej. Rodzi się pytanie, jaką drogą nastąpiło zakażenie? Oczywiście jest rzeczą możliwą, że ropienie to mogłoby być ogniskiem pierwotnem; wydaje się to jednak mniej prawdopodobnem. Łatwiej jest przypuścić, że zmiany w nosie i czaszce są w pewnym ze sobą związku. Obecność polipa w nosie każe nam przypuścić, że w nosie istniała dłuższy czas sprawa zapalna, która w następstwie doprowadziła do wytworzenia sie polipa; czy była to sprawa ropna, czy też zwykły nieżyt? rozstrzygnąć się to obecnie nie da. Usadowienie ropnia na kości sitowej wskazuje, że najprawdopodobniej zakażenie nastąpiło z nosa — przez kość sitową i że przyczyna ropnia była też przyczyną, która wywołała wytworzenia się polipa w nosie.

Zapalenie z jamy nosowej może przejść do czaszki, jakeśmy to już wyżej powiedzieli, albo *per continuitatem*, niszcząc kość, albo też drogą naczyń chłonnych i krwionośnych. W przenoszeniu się zakażenia z nosa do czaszki Dreyfuss przypisuje bardzo ważną rolę żyłom, idącym z jamy nosowej do czaszki i żyłom samych kości, oddzielających jamę nosową od jamy czaszkowej. Zdaje się jednak, że naczynia chłonne odgrywają tutaj ważniejszą rolę, w szczególności naczynia chłonne otoczek gałązek nerwu węchowego. Pierwszy Schwalbe później Key i Retzius wykazali, że naczynia te mają związek z przestrzenią podpajęczą i że od przestrzeni podpajęczej można je nastrzykać. Heubner spostrzegł przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych, gdzie błona śluzowa nosa okazywała objawy ostrego zapalenia ropnego, a gałązki nerwu węchowego pływały wprost w ropie; inne nerwy na podstawie czaszki nie okazywały zmian.

W naszym przypadku na kości sitowej nie znaleźliśmy żadnych zmian, które niewątpliwie powstałyby, gdyby zakażenie *per continuitatem* przeszło z jamy nosowej do czaszki; musimy więc przyjąć, że zakażenie przeszło drogą naczyń chłonnych, najprawdopodobniej drogą otoczek gałązek nerwu węchowego.

Co do sprawy pierwotnej w nosie, to możliwem jest, że początkowo istniało ropienie komórek sitowych, które z jednej strony było przyczyną powstania polipa w nosie, z drugiej strony wywołało ropienie w czaszce; nie możemy jednak odrzucać możliwości powstania ropienia wewnątrzczaszkowego wskutek nieżytu nosowego, który z drugiej strony doprowadził do utworzenia się polipa, i to tembardziej, że w ostatnich czasach stwierdzono napewno, że błona śluzowa nosa może być wrotami wejścia zakażenia w przypadkach nagminnego i sporadycznego zapalenia opon mózgowych; w przypadkach tych choroba zaczyna się jako ostry nieżyt nosa i dopiero później występują objawy zapalenia opon.

Rozpoznanie w przypadkach ropienia wewnątrzczaszkowego pochodzenia nosowego bywa trudne, nie dają bowiem te przypadki zwykle żadnych objawów charakterystycznych; dlatego też rozpoznawane są najczęściej dopiero podczas sekcyi. Przypadki, rozpoznane za życia i wyleczone, należą jeszcze do rzadkości; te, które podaje Dreyfuss, rozpoznane były albo dopiero podczas sekcyi, lub też, rozpoznane za życia, skończyły się śmiercią.

Wobec trudności w rozpoznaniu postępowanie nasze w przypadkach ropienia wewnątrzczaszkowego pochodzenia nosowego jest trudne. Tam, gdzie objawy ze strony mózgu wystąpiły w przebiegu ropienia zatok nosowych, postępowanie jest łatwiejsze; trudniejsze jest rozpoznanie i postępowanie w tych przypadkach, gdzie przyczyną ropienia wewnątrzczaszkowego nie jest ropienie zatok nosowych, lub w tych przypadkach, gdzie ropienie w chwili badania już nie istnieje. W naszym przypadku mieliśmy zabieg ułatwiony przez to, że do ogniska ropnego prowadziła przetoka. Dreyfuss w swojej monografii powątpiewa o możliwości zabiegu chirurgicznego na kości sitowej. Najwyżej uważa za rzecz dozwoloną w przypadkach próchnienia kości sitowej ostrożne, bez wywierania jakiegokolwiek ucisku, wydalenie od strony nosa ziarniny ze spróchniałej kości. Naszem zdaniem nie byłoby celu zostawiać spróchniałą kość sitową i bez obawy możemy ją wydalić, czy to od strony nosa, czy też od zewnątrz, jeżeli wydalenie jej uważalibyśmy za wskazane. Nasz przypadek jest pod tym względem godzien uwagi, że tutaj niejako sama natura wskazała nam drogę, jaką od zewnątrz możemy się dostać do kości sitowej.

Radcy Dworu Prof. Rydygierowi za odstąpienie mi tego przypadku składam serdeczne podziękowanie.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Radcy Dworu Prof. Dr. Jordana.

Pęknięcie macicy w ciąży.

Podał
Dr. Stanisław Dobrowolski.
Asystent kliniki.

(Sprawozdanie przedstawione na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 15 października 1902).

(Dokończenie).

Macicę wyłuszczoną pękniętą badałem histologicznie w ten sposób, że z brzegów miejsca pęknięcia, tak trzonu jak i dna wyciąłem liczne skrawki, prócz tego badałem mięsień macicy z miejsca łożyskowego i z kilku miejsc z poza obrębu pęknięcia. Materyał wzięty do badania zatopiłem po ustaleniu w celoidynie, a skrawki barwiłem homatoksyliną-eozyną, metodą von Giesona i metodą Unny-Dawidowa. Przy badaniu histologicznem przekonałem się, że mięsień sam nie uległ w tym przypadku żadnemu zwyrodnieniu, nie było ani stłuszczenia, ani zwyrodnienia szklistego; wśród mięśni i w ścianach naczyń znalazłem dosyć obfitą ilość włókien elastycznych, a jedyna zmiana, jaką napotkałem, to był większy rozwój tkanki łącznej wśród całego miąższu macicy. Były to zmiany dawne, nierównomiernie po całym miąższu rozsiane; najmniejsze zmiany widziałem w miejscu łożyskowem, największe w najbliższem otoczeniu pęknięcia, gdyż tutaj wybujała tkanka łączna wchodziła pomiędzy pojedyncze pęczki mięśniowe i zaciskała je. W niektórych preparatach, zwłaszcza sporządzonych z dolnego odcinka trzonu macicy, w otoczeniu pęknięcia tkanka łączna przeważała nad utkaniem mięsnem. Bujania nieprawidłowego kosmków w ścianach macicy nigdzie nie napotkałem.

Wynik badania histologicznego nie tłómaczy przeto sam przez się w tym przypadku, ani powodu, ani mechanizmu pęknięcia bo prócz starego przerostu tkanki łącznej nie znalazłem innych żadnych zmian mikroskopowych, którebym mógł uważać za przyczynę pęknięcia.

Przyczyna ta, zdaniem mojem, leży nie wyłącznie w mięśniu macicy. Muszę przeto uwzględnić wszelkie nieprawidłowości, jakie towarzyszyły ciąży naszej chorej i przy ich pomocy przedstawię, jak sobie pęknięcie wytłómaczyłem:

Skoro rzucimy okiem na historyę choroby opisanego przypadku, znajdziemy w niej następujące nieprawidłowości:

1) nieprawidłowy poród przed trzema laty, przy tym porodzie przebyte niezupełne pęknięcie macicy;
2) nieprawidłowy połóg po tym porodzie;
3) brzuch obwisły;
4) blizna w parametryum lewem;
5) przenoszenie ciąży;
6) pęknięcie macicy podczas ciąży;
7) wynicowanie zupełne macicy pękniętej.

Te nieprawidłowości wszystkie razem, działając wspólnie, wywołały zmiany znalezione przy operacyi, podczas gdy każda z nich z osobna nie wielkie mogła mieć dla ciąży znaczenie. I tak: przebyty przed trzema laty ciężki poród, powikłany pęknięciem niezupełnem macicy, sprowadził u naszej chorej silną bliznę w parametryum lewem i zbliznowacenie szyi. Przebyte zakażenie połogowe po tym porodzie pozostawiło przerost tkanki łącznej wśród mięśnia macicy i nieliczne wiotkie zrosty w zatoce Douglasa. Każda z tych okoliczności sama przez się nie odgrywa znacznej roli, gdyż zbliznowacenie szyi i zwyrodnienie mięśnia macicy nie stanowiły ani przeszkody w zastąpieniu, bo chora od tego czasu dwukrotnie była w ciąży, ani w porodzie, gdyż chora przed $1^1/_2$ rokiem urodziła siłami natury płód ośmiomiesięczny. Podobnie nie można pęknięcia macicy wyłącznie odnieść do patologicznego przodozgięcia macicy z powodu obwisłego brzucha, gdyż to jest powikłanie ciąży bardzo częste, nie powodujące zazwyczaj tak groźnych następstw.

Dalszą nieprawidłowością, jaką u naszej chorej stwierdziliśmy, było przenoszenie ciąży. Nie potrzebuję udowadniać, że i ta nieprawidłowość sama przez się pęknięcia macicy zwykle nie sprowadza, a tylko muszę wyjaśnić dlaczego w naszym przypadku i na jakich danych się opierając, mówię o przenoszeniu ciąży. Otóż opieram się na tem, że według daty ostatniej regularności, według obliczeń chorej, która przecież już po raz siódmy była w ciąży, poród do chwili pęknięcia macicy opóźnił się o 24 dni. Chora natychmiast po ostatniej regularności dostała domyślnych objawów ciąży i we właściwym według swego obliczenia czasie poczuła ruchy płodu, jakkolwiek daty tej kalendarzowo określić nie umiała. Skoro przy tem uwzględni się, że płód urodzony do brzucha był kolosalnych rozmiarów i wagi 4.700 grm., a chora była osobą bardzo wątłą, licho zbudowaną, krzywiczą i licho odżywianą, a i mąż jej był bardzo miernym co do rozwoju fizycznego mężczyzną, to mam wszelkie powody, by na ich podstawie z możliwą ścisłością mówić o ciąży przenoszonej.

Jako ostatni punkt znalezionych nieprawidłowości zaznaczyłem wprost nieznane powikłanie pęknięcia macicy w ciąży, to jest zupełne wynicowanie pękniętej macicy. Powód, dla którego wynicowanie to powstało, nie może być innym, jak zupełne zwiotczenie miejsca łożyskowego w chwili pęknięcia macicy, gdyż to jest jedyny, do dzisiaj powszechnie uznany czynnik, wywołujący wynicowanie macicy połogowej.

Wszystkie nieprawidłowości znalezione, współdziałając, wywołały w naszym przypadku pęknięcie macicy, a sposób ich działania i mechanizm powstania pęknięcia tłómaczę sobie, jak następuje: macica naszej chorej już w pierwszej połowie rozwoju ciąży zachowywała się nieprawidłowo, gdyż mięsień jej przerosły tkanką łączną nie mógł ulegać fizyologicznemu zgrubieniu w tej mierze, jak to bywa przy mięśniu prawidłowym. W drugiej połowie ciąży mięsień macicy, który z reguły ulega rozciągnięciu po wpływem rozwijającego się jaja tak, że grubość jego wynosi pod koniec ciąży 8 mm., musiał w naszym przypadku jeszcze być cieńszym. W dodatku z powodu wadliwego położenia macicy w naszym przypadku, płód rozwijający się rozciągał nierównomiernie ściany macicy.

Każda macica w ostatnich miesiącach ciąży leży nagięta ku przodowi i ku stronie prawej, a przytem nieco skręcona ku stronie prawej w ten sposób, że jej brzeg lewy zwraca się ku przodowi. Macica u naszej chorej leżała w bardzo znacznem przodozgięciu z powodu brzucha obwisłego, a prócz tego trzon macicy silnie zbaczał i skręcał się ku stronie prawej z powodu silnej, zbitej, szerokiej, niepodatnej blizny, przeciągającej część pochwową ku stronie lewej. — Brzeg lewy macicy jeszcze silniej zwracał się ku przodowi, aniżeli to bywa w stanach ciąży prawidłowej. To nieprawidłowe położenie macicy spowodowało, że płód rozwijający się rozciągał znacznie więcej tylną i lewą ścianę macicy, aniżeli przednią i prawą. W ścianie tylnej i lewej, gdzie później powstało pęknięcie, nastąpiło bardzo znaczne rozciągnięcie jeszcze tem łatwiej, że tutaj właśnie bujanie tkanki łącznej, jak badanie histologiczne wykazało, było najznaczniejsze. Płód w naszym przypadku leżał w jamie brzusznej w położeniu podłużnem miednicowem pierwszem, tak też musiał leżeć i w macicy, gdyż z braku miejsca w jamie brzusznej położenia swego po pęknięciu zmienić nie mógł. To położenie płodu sprawiło, że na najbardziej ścieńczały i najsłabszy odcinek macicy ustawicznie ugniatał i rozciągał go grzbiet płodu.

Ścieńczenie ściany tylnej i lewej doszło do szczytu w chwili, kiedy zaczęły występować pierwsze bóle zapowiadające. Odcinek macicy rozciągnięty, a przy tem upośledzony w swych funkcyach przez rozrost tkanki łącznej, nie mógł kurczyć się równomiernie z innymi odcinkami macicy, gdyż brakło mu odpowiedniej ilości mięśnia działającego. Macica w chwili skurczu nie była kulą, działającą przez skurcz swych ścian na fizyologicznie najmniej odporne miejsce, to jest na okolicę ujścia wewnętrznego, lecz była nierównomiernie skurczoną torbą, starającą się pozbyć swej treści w kierunku najmniejszego oporu, który w tym przypadku znajdował się nie w okolicy ujścia wewnętrznego, lecz w ścieńczałej, rozciągniętej, nie kurczącej się odpowiednio, tylnej i lewej ścianie macicy.

Słowem w naszym przypadku tylna i lewa ściana macicy stała się zupełnie bierną i uległa takiemu rozciągnięciu, jakiemu przy zaniedbanych porodach ulega dolny odcinek w chwili grożącego pęknięcia macicy. Wśród takich warunków wystarczył zwykły skurcz macicy, by ona pękła wzdłuż całego biernego odcinka. W naszym przypadku skurcz zwiastujący macicy wystarczył do pęknięcia wzdłuż jej całej ściany tylnej.

W ten sposób wytłómaczyłem sobie przyczynę i mechanizm pęknięcia macicy w naszym przypadku; pozostaje mi jeszcze do wytłómaczenia powód jej wynicowania. Wy-

nicowanie macicy może powstać tylko przez znaczne zwiotczenie miejsca łożyskowego przy równoczesnym skurczu reszty macicy. Macica naszej chorej była przeto w chwili pęknięcia bierną w miejscu największego ścieńczenia, to jest w ścianie swej tylnej, a porażoną w ścianie przedniej, gdzie leżało łożysko. Miejsce łożyskowe było w naszym przypadku najmniej, jak badanie histologiczne wykazało, patologicznie zmienionem. W chwili skurczu, podczas którego nastąpiło pęknięcie, odcinek macicy działający miał kształt pierścienia, którego światło z jednej strony nakrywała ścieńczała tylna ściana, mieszcząca w sobie niemal cały płód, który, jako żywy, usuwał się z części kurczącej się, a z drugiej strony nakrywało światło pierścienia porażone miejsce łożyskowe. Podczas skurczu otoczenia bierny odcinek rozciągnął się tak dalece, że przeciągnięcie to przekroczyło już granicę elastyczności tkanek i musiało nastąpić w tem miejscu rozległe pęknięcie; mięsień działający w chwili pęknięcia pozostał w skurczu, przez co z jednej strony brzegi pęknięcia wywinęły się na zewnątrz, jak klapy surduta, a porażone miejsce łożyska wraz z łożyskiem wpukliło się w kierunku pęknięcia i w zupełności uległo wynicowaniu.

Wytłómaczenie powyższe przyczyny i mechanizmu powstania pęknięcia macicy w ciąży świadczy, że nie potrzeba koniecznie do powstania tego schorzenia bardzo daleko posuniętych zmian anatomicznych mięśnia macicy, nie potrzeba żadnego urazu od zewnątrz i że wystarczą stosunkowo nieznaczne zmiany w mięśniu macicy, jak w przypadku opisanym, aby przy innych zboczeniach towarzyszących ciąży sprowadzić to straszne powikłanie.

Przerost tkanki łącznej, jako czynnik usposabiający do pęknięcia macicy w ciąży, już podnoszono; czynniki zaś, które po raz pierwszy podnoszę, to są nieprawidłowe położenie macicy i nadmiarny rozwój płodu.

Pęknięcie macicy ciężarnej u naszej chorej powstało w trzonie i dnie macicy i było prostolinijne; są to cechy podnoszone przez wszystkich badaczy; natomiast nie miało nic wspólnego z miejscem łożyskowem, jak to notowano w przeważnej części przypadków ogłoszonych, a na czem opierali swe teorye powstania pęknięcia A l e k s a n d r o w i W. A. F r e u n d.

Rozpoznanie pęknięcia macicy w ciąży zwykle jest bardzo łatwe, bo odróżnić je trzeba tylko, o ile przydarza się w końcu ciąży, od ciąży zamacicznej; trudniejsze jest rozpoznanie pęknięcia macicy we wczesnych miesiącach, gdyż tu na myśl przychodzą prócz ciąży zamacicznej jeszcze ciąża w rogu szczątkowym i ciąża śródścienna.

W przypadku opisanym nie zrobiono właściwego rozpoznania, mimo że przypadek był obserwowany i kilkakrotnie badany w klinice. Zbałamuciło nas zupełne wynicowanie macicy, co przy trudnych warunkach badania zatarło postać i wielkość macicy połogowej; a robiąc rozpoznanie, chyba nie jest rzeczą dziwną, że wikłającego wynicowania pękniętej macicy nie uwzględniano.

Leczenie i rokowanie przy pęknięciu macicy w ciąży nie wiele nasuwa uwag. Gdziekolwiek stawia się rozpoznanie pęknięcia macicy w ciąży, zwłaszcza w jej ostatnich miesiącach, tam zawsze w jak najkrótszym przeciągu czasu trzeba usunąć z jamy brzusznej drogą cięcia brzusznego obumarły płód, stanowiący ciało obce, a macicę pękniętą albo zeszyć, jeżeli warunki pęknięcia na to pozwalają, jeżeli zaś nie, to wyłuszczyć.

Rokowanie leczenia operacyjnego, jedynie racyonalnego w tych przypadkach, nie jest dobre, gdyż opisane do dnia dzisiejszego przypadki pęknięcia macicy ciężarnej w ostanich miesiącach ciąży dają około 60% śmiertelności.

Pracę swą kończę serdecznem podziękowaniem Prof. J o r d a n o w i za łaskawe odstąpienie przypadku i zachętę do opracowania tego tematu.

Piśmiennictwo. 1) C o o p e r: Britisch. medic. Journal 1858 2) M a y e r: Siebolda. Journal der Geburtshülfe, T. III 3) M a n g o l d: Monatsschrift für Geburtskunde und Gynaekologie, T. VIII. 4) H o h l: Lehrbuch d Geburtshülfe 1862. 5) C h u r c h i l: Theory and Practice of Midwefery. London 1872. 6) B a n d l: Ueber Ruptur der Gebärmutter, Wien 1875. 7) G e i s s l e r: Monatsschrift für Geburtskunde und Gynaekologie, T. XX. 8) G r e n s e r: Lehrbuch der Geburtshülfe. 9) C o u t a u g n e: Lyon medical 1882. 10) L e s s e r: Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin XLI. 11) H o f m a n n: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, stąd cytowano Lacassagne i Maschka. 12) V e i t: Müllers Handbuch der Geburtshülfe, T. II. 13) P l e n i o Centralblatt für Gynaekologie 1885, I. 47. 14) K r u k e n b e r g: Archiv für Gynaecologie, T. XXVIII. 15) B r a u n: Pęknięcie macicy ciężarnej dobrowolne, wydobycie płodu po 6 tygodnia h. Przegląd lekarski, r 1888 Nr. 27. 16) N e u g e b a u e r: Selbstmord einer Schwangeren durch Sprung aus dem dritten Stockwerk, Centbl. f. Gynaek. 1890. 17) S u t t u g i n: Uterusruptur bei Schwangerschaft und traumatis he Einwirkung auf den Unterleib der Mutter, Journal f Geb. u Frauenkr. Petersburg 1889, 161—177. 18) B l i n d: Beitrag zur Aetiologie der Uterusruptur während der Schwangerschaft und unter der Geburt, Ing. Diss. 1892. 19) F r e u n d: Die Mechanik u. Therapie der Uterus u. Scheidengewölbrisse, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. T, XXIII. Z. 2 1892. 20) F r a n k: Ueber Zerreisungen der Gebärmutter in der Schwangerschaft u. bei der Geburt. Abhandlung der gynaekol. Geselschaft zu Köln am 31 Mai 1894. 21) B i d d e r: Uterusruptur bei einer Schwangeren, Deutscher aerztlicher Verein in Petersburg 1893. 22) D i t t e l: Zur Uterusruptur, Archiv. f. Gynaek. T. 44. Z. 3. 23). R e u s s i n g: Ein Fall von traumatischer Uterusruptur in der Schwangerschaft. Centbl. f. Gynaek. r. 1895, Z. 2. 24) S ł a w i a ń s k i: Eine Porro-Operation bei Riss der schwangeren Gebärmutter, Centbl. f Gynaek. r. 1895, Z 10. 25) S a e n g e r: Ueber ruptura uteri in der Schwangerschaft Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gynaekol. VI 1895. 26) H y p e s: Spontaneous rupture of the uterus. Journal of. obst. N Y. Vol. 34. 27) L e o p o l d: Ausgetragene secundäre Abidominalschwangerschaft nach ruptura uteri im 4 Monat, Arch. f. Gynaek. T. 52, Z. 2. 28) L e g a l: w pracy Milligana: Criminalabortion 1897. 29) W o y e r: Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynaekol. T. VI. 30) J o r d a n: Pęknięcie macicy w ciąży. Nowiny lekarskie, Z. 8/9, r. 1897. 31) J e l l i n g h a n s: Ueber Uterusrupturen während der Schwangerschaft, Arch f. Gynaekol. T. 54, Z. 1. 32) O r t h m a n n: Zur ruptura uteri, Monatsch. f Geb. u. Gynaek. T. 7 str. 399. 33) K o b l a n c k: Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur. Stuttgart 1895. 34) P o r o s c h i n: Centrbl. f. Gynaek. r. 1898, Z. 7. 35) C r o s s e n: Annes Gynaek and obstetr. Journal N. Y. Vol 12. 36) E a r l e: *Ibidem*, Vol. 75. 37) H e i b l: Wiener klinische Wochenschrift, T. 12, r. 1899. 38) M e r c i e r: Thèse de Paris 1898. 39) R o o b: Secundäre Abdominalschwangerschaft nach Uterusruptur, Mieland u. Gasche 1898. 40) G e b h a r d t: Pathologische Anatomie d. weiblichen Sexualorgane, Lipsk 1899. 41) T r e u b: Ruptura uteri, Centbl. f Gynaek. r. 1900, Z. 19. 42) A l e x a n d r o w: Ein Fall von Uterusruptur während der Schwangerschaft, Monatschrift f. Geb. u. Gyn., T. XII. 43) W. A. F r e u n d: Uterusruptur in der Schwangerschaft, Montschr. f Geb. u. Gyn T. XII i Hegara. Beiträge f. Geb u. Gyn. T. IV. Z. 1. 44) H e r z f e l d: Ruptur des schwangeren Uterus, Centbl. f Gynaek. 1901. Z. 46. 45) M u r r a y: Spontanruptur d. Uterus Sitz. geburts. Gesellschaft zu Edinburg 11 Dec. 1901. 46) O v. F r a n q u é: Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur, Würzburger Abhandl. T. VI, Z. 1. 47) L o h r e r: Pęknięcie macicy ciężarnej, Czas. lek. r. 1901, Z. 2.

III. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

O włókniakach nerwowych wielokrotnych skóry *(neurofibroma cutis multiplex)*. Przyczynek kliniczny i histologiczny.

Podał

Dr. Franc. Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

Dla badania h i s t o l o g i c z n e g o wycięliśmy guzek z przegubu łokciowego, dwie początkowe plamy z klatki piersiowej i guz z pośladka, wyżej opisany. Wycięte ka-

wałki skóry stwardziłem w wyskoku, płynie Flemminga i rozczynie Müllera.

Już makroskopowo przedstawiały te wycinki skóry pewne szczególne własności. Przedewszystkiem oba guzki, tak mały z kończyny górnej, jak i większy z pośladka, po wycięciu zupełnie się przypłaszczyły, a ostatni nawet zapadł się pod powierzchnię. Na przekroju zaś widziałem tak w guzkach, jak i w wyciętych plamach twór w głębi skóry, ściśle ograniczony, miękki, nieco odmienniej od otoczenia zabarwiony, — co widoczniej jeszcze występowało w skrawkach nawet nie barwionych.

Przy słabem powiększeniu guzek prawie zupełnie ściśle odgraniczony leżał w skórze właściwej w ten sposób, że kłębki potowe jak i zakończenia torebek włosowych znajdowały się w równym poziomie z jego dolną granicą. Wnioskować zatem należy, że guzek powstaje gdzieś w dolnych częściach skóry właściwej, lub na granicy jej z tkanką podskórną, a rozsuwając tkankę klejorodną podnosi się ku górze tak, że w guzku dużym sięga aż do warstwy skóry właściwej, leżącej pod brodawkami, chociaż w żadnym guzku brodawki, ani pokrywający je naskórek, uszkodzone nie były. (*Fig. 1*).

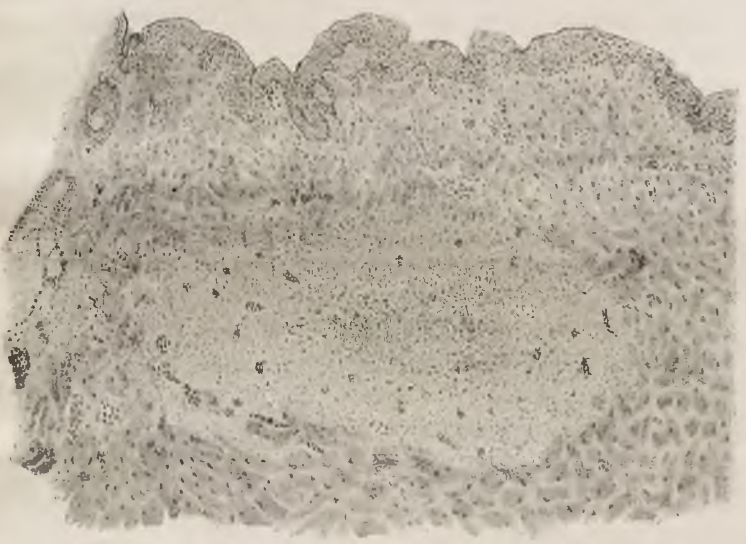


Fig. 1. Plama w skórze klatki piersiowej. Powiększ.: AA. Ok. 1. Zeiss. — Barwienie: Orceina obojętna, błękit metylenowy Unny, mieszanina gliceryny z eterem. — Nowotwór odcina się wyraźnie odmiennem utkaniem od otaczającej tkanki prawidłowej: torebka włosowa odsunięta nieco na bok.

Guzek przedstawia tkankę miękką, odcinającą się od otoczenia i jednolitą, poprzecinaną tylko dość licznemi naczyniami krwionośnemi. Już w słabem powiększeniu widać, że tkanka guzka składa się przeważnie z komórek, wśród których spostrzedz można tylko nader skąpą tkankę podścieliskową, barwiącą się chociaż słabo barwnikami zasadowymi. Wśród tej ostatniej leżą gęsto obok siebie ułożone komórki tkanki łącznej, odznaczające się tem, że jądra ich są pęcherzykowate, mało ziarniste i słabiej się barwiące barwnikami zasadowymi, niż zwykłe komórki tej tkanki — i o cytoplazmie przeważnie gąbczastej (spongioplasty). Kształt komórek jest nadzwyczaj różnoraki: jedne zatem wydłużone, proste lub zakrzywione w różnych kierunkach, inne więcej zaokrąglone, wreszcie takież wieloboczne z wypustkami. W całości zatem utkanie guzka przypomina tkankę ziarninową, z tą tylko bardzo ważną różnicą, że niema tu ani komórek plazmatycznych, ani ciałek wysiękowych, tak częstych w ziarninach. Zarazem zauważyć muszę, że ta tkanka komórkowa niema dążności do tworzenia włókien, jak to widzimy zazwyczaj w młodej tkance łącznej; — nawet w guzku prawdopodobnie wcześniej rozwiniętym, bo większym znacznie od innych, tkanki włóknistej wśród guzka prawie nie widać, a komórki zachowały cechy te same, co w plamie początkowej. (*Fig. 2*).

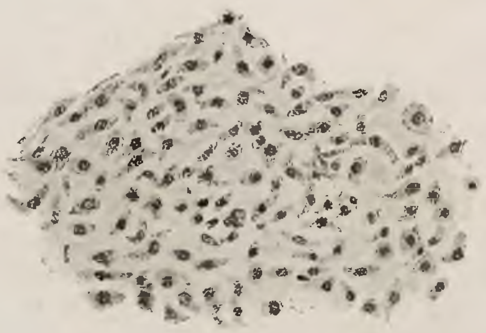


Fig. 2. Plama w skórze klatki piersiowej. Powiększ.: Immersya. Ok. 2. Zeiss. — Barwienie: Błękit metylenowy Unny, gliceryna z eterem. — Różne postacie komórek składających guzek.

Włókien elastycznych niema zupełnie w tkance nowowytworzonej, a tu i owdzie tylko na brzegach guza spostrzedz można pojedyncze włókna drobne, wyraźnie się barwiące (orceina kwaśna), jak to wykazał także Soffiantini; — prawie wszyscy autorowie jednak wspominają o zupełnym braku w guzku tkanki elastycznej. Obecność pojedynczych włókien daje się łatwo wytłómaczyć wrastaniem tkanki nowotworowej w tkankę klejorodną, która zostaje przez to rozsuniętą tak, że pojedyncze jej wiązki, zawierające i włókna elastyczne, mogą szczególnie w początkach rozwoju nowotworu znajdować się w obrębie guzka.

Tem samem wytłómaczyć należy i pewną różnicę w otoczeniu guzka świeżego, a starszego: podczas gdy w początkach rozsunięta tkanka klejorodna skupia się na obwodzie, ale nie tworzy wyraźnej otoczki, — to w guzku późniejszym osłonka włóknista jest znacznie wybitniejszą, a odgraniczenie guzka od niej znacznie ostrzejsze, niż w nowotworach świeżych. W tworze, przedstawiającym się klinicznie w postaci plamy, widzieć można w skrawkach w jednych miejscach ostrą granicę między tkanką nowowytworzoną, a tkanką skóry właściwej; — w innych miejscach zaś tkanka klejorodna wchodzi wyraźnie od obwodu w tkankę guzka, powodując nierówności obwodu tworu rozrosłego w skórze.

Podobnie, jak to ma miejsce z tkanką klejorodną, guz odsuwa także w miarę swego wzrostu gruczoły i torebki włosowe ku obwodowi tak, że na brzegach guza widzi się te części dodatkowe skóry, t. j. gruczoły potne, torebki włosowe z gruczołami łojowymi i mięśnie gładkie skóry. Gruczoły potne przebiegają najczęściej nieregularnie, — kłębek gruczołu leży często w dolnej części guza, czasami pod nim, — zazwyczaj otoczony tkanką nowotworową, obrastającą zwiniętą cewkę, — a przez wrastanie komórek spostrzega się oddalenie pojedynczych zwojów, których światła są wtedy nieco rozszerzone. Od takiego obrośniętego kłębka idzie ku górze pokręcony przewód równolegle do obwodu guzka i zazwyczaj także częściowo otoczony jego tkanką. Unna zwrócił uwagę, że skutkiem nierównego przebiegu przewodu gruczołowego w następstwie wrastającej tkanki powstają zwężenia i rozszerzenia jego światła, które na dobrych przecięciach

można zobaczyć, prawdopodobnie powstałe pod wpływem mechanicznym. W guzie dużym (z pośladka) spostrzegałem w jego środku kłębek gruczołu potnego o nieco rozszerzonych przewodach, oddzielonych od siebie znaczniej, niż to bywa w stanie prawidłowym; śródbłonki gruczołu nie przedstawiały wyraźnych zmian.

Wszyscy autorowie, którzy mieli sposobność badać guzki tego rodzaju, stwierdzają mniej lub więcej ten sam rodzaj tkanki nowotworów; — jedni zwracają wyraźniej uwagę na wielką ilość prawie samych komórek, inni mówią o tkance włóknistej, wśród której istnieje duża ilość pierwiastków komórkowych. Mała różnica w tych obrazach zależy zdaniem mojem od tego, jakiej wielkości guzek przypadł autorowi do badania. W guzkach większych, a jak przypuszczać można i wcześniej rozwiniętych, starszych, spostrzega się wprawdzie tę samą dużą ilość pierwiastków komórkowych, ale większą w stosunku ilość komórek wrzecionowatych, niż to bywa w guzkach drobnych.

Wśród tych licznych komórek o cytoplazmie gąbczastej (spongioplasty) widzieć można stosunkowo bardzo liczne komórki ziarenkowate *(Mastzellen)*, tem się odznaczające, że mają jądra wyraźne, duże, a ich cytoplazma jest zazwyczaj obfita, kształtu owalnego, rzadko z wypustkami, — wielkością zaś przewyższają znacznie komórki otaczające, — o czem pomówię jeszcze w dalszym ciągu.

Wśród guzka zauważyć łatwo liczne drobne naczynia krwionośne, mające obrzękły śródbłonek, wyraźnie sterczący do światła naczynia i silniej się barwiący barwnikami zasadowymi, niż komórki otoczenia. W ścianach naczyń średnich spostrzega się wyraźnie prawidłowe komórki mięśnia gładkiego i włókna elastyczne. Duża ilość naczyń zwraca przedewszystkiem uwagę w guzku największym, wśród którego widać rozszerzone naczynia krwionośne, — w otoczeniu zaś jego i to tak w skórze ponad tworem, jak i pod nim, liczne przestwory znacznie rozszerzone, niewyścielone śródbłonkiem, a leżące między wiązkami istoty klejorodnej (kollagenu), tworząc nieregularne przestrzenie. Obecnością tych właśnie jam należy tłómaczyć ten szczegół, że guz wystający nad powierzchnię otoczenia dawał się łatwo wcisnąć w skórę, a po wycięciu zapadł się pod powierzchnię.

Najbardziej zajmującą sprawą w tego rodzaju nowotworach jest bezwątpienia obecność nerwów w guzku, ich ułożenie i ilość, wreszcie stosunek do komórek tworzących guz. Zapatrywania różnych autorów przedstawiają się nader rozmaicie: wszyscy prawie znajdowali w nowotworach włókna nerwowe, — jedni jednak godzą się na teoryę Recklinghausena, inni nie przypisują im żadnej roli w powstawaniu tworów. To też wszystkich autorów, zabierających głos w tej sprawie, podzielićby można na takich, którzy albo nerwów nie szukali, lub też badając, nie znajdowali — i innych, którzy, znajdując nerwy, przypisywali im różne znaczenie, a tem samem albo zgodzili się z teoryami istniejącemi, albo wytworzyli nowe.

Recklinghausen pierwszy, — jak to wspomniałem powyżej, — określił wielokrotne włókniaki skóry, jako włókniaki nerwów, twierdząc, że ten rodzaj właśnie bierze początek od łącznotkankowych osłonek nerwów i przewodów, przebiegających w skórze.

Wkrótce potem ogłaszają podobne przypadki Modrzejewski i Pomorski, potwierdzając teoryę Recklinghausena co do powstawania takich włókniaków. Podobne zdanie wypowiedzieli na mocy znalezienia nerwów: Hasselbeck, Kohtz, Audry i Fabre, Schwimmer, Heller, Thomsen i Alexander, a Cimmino zgadza się z teoryą Recklinghausena, sądząc tylko z objawów klinicznych i budowy histologicznej guzków, mimo że nie starał się wykazać w nich nerwów.

Duhring znalazł w swoim przypadku histologicznie *neuroma amyelinicum;* Philippson opisał guzek, jako twór włóknisty, bogaty we włókna nerwowe. Delore i Picque twierdzą, że w guzkach istnieją zawsze nerwy prawidłowe, a ich otoczka łącznotkankowa, rozrastając się, rozdziela wiązki nerwowe na pojedyncze włókna. Unna zgadza się w swoim dokładnym opisie z Recklinghausenem i Kriegem, zwracając także uwagę na początkowy rozrost tkanki łącznej między włóknami nerwowemi i następowy w otoczeniu torebek włosowych, gruczołów i naczyń.

Największe znaczenie przypisują nerwom Westphalen, Kyrieleis, Oriot i Merken, sądząc, że punktem wyjścia są zawsze osłonki nerwów, później dopiero i części dodatkowe skóry biorą także udział.

Brigidi opisując obok włókniaków narządów wewnętrznych takież skóry, przemawia podobnie jak Unna stanowczo za tem, że biorą one początek z tkanki łącznej nerwów skóry, przerost jej jednak rozszerza się także na otaczającą tkankę łączną, tworząc coraz większe guzy, — przyczem włókna nerwowe ulegają zanikowi. Soldan wykazuje w swej pracy, że pierwotną jest sprawa zwłóknienia *(Fibromatose)* osłonek nerwów skóry, które zachowują się biernie; — następowo dopiero rozwija się zwłóknienie także w otoczeniu, wychodzące najprawdopodobniej z naczyń krwionośnych, a może i chłonnych. W sprawie tej nie biorą udziału wedle jego mniemania ani gruczoły skóry, ani torebki włosowe.

Du Mesnil, a później Malherbe sądzą, że nie zawsze osłonki nerwowe są punktem wyjścia nowotworów, ale czasami również tkanka około gruczołów i torebek włosowych, — twierdzą jednak zarazem, że naczynia biorą w tej sprawie zawsze czynny udział.

Darier, badając guzy w przypadku Hallopeau, sądzi, że należy oddzielić nowotwory, rozwijające się w nerwach — z tkanki łącznej, leżącej między włóknami (*neurofibroma),* — od guzków rozwiniętych w skórze właściwej, w której dające się wykazać nerwy miały zawsze swoje osłonki. Temsamem zatem sprzeciwia się zasadniczo teoryi Recklinghausena.

Collet i Lacroix znajdowali powiększenie pni nerwowych, nie przypisują jednak układowi nerwowemu pierwszorzędnego znaczenia. Garré i Ramond spostrzegali wprawdzie w swoich przypadkach nerwy otoczone rozrosłą tkanką, ale pierwszy sądzi, że tylko małe guzki wychodzą z otoczek nerwowych bez nowotworzenia się tkanki nerwowej, a drugi wątpi wogóle w to, aby nowotwory z tkanki otaczającej nerwy rozwijać się mogły.

Tailhefer uważa w swoim przypadku wrodzone włókniaki za czyste twory włókniste, powstałe bez udziału nerwów, a Jeanselme opisuje, że znalazł nerwy, gruczoły, torebki włosowe i naczynia w skórze zupełnie niezmienione.

Delore, który wykazał w guzku wiązki nerwowe

i gruczoły potne wśród tkanki nowowytworzonej, — proponuje dla tych tworów nazwę: *hidradeno-neuro-fibrome*.

Payne znajdował nerwy tylko w otoczeniu guzka, Loewenstein podobnie nie mógł wykazać metodą Weigerta nerwów w tego rodzaju nowotworze i dlatego zgadza się ze zdaniem Rindfleischa: „Es ist zweifelhaft, ob das Fibroma molluscum multiplex zu den neurovegetalen Geschwülsten gehört“. Przypuszcza zarazem, że guzek wychodził z podścieliska łączno-tkankowego tkanki tłuszczowej. Monat, który również nie widział nerwów w guzie, przypuszcza raczej pochodzenie takich guzków z otoczenia torebek włosowych i gruczołów skóry, niż otoczek nerwowych.

Wreszcie co do sprawy sposobu powstawania rozwoju guzków jedni autorowie, jak Pilliet i Mannelaire, Rolleston tłómaczą powstanie choroby wadą rozwojową blaszki środkowej płodu *(Mesoblast)*, inni uważają za przyczynę zboczenia w rozwoju blaszki zewnętrznej *(Ectoderm)*. Za tą ostatnią teoryą przemawia szczególnie Girard, wskazując, że choroba ta występuje ze zboczeniami, polegającemi na wadach rozwojowych komórek blaszki zewnętrznej — i Feindel (z Oppenheimem), który chce nawet na zasadzie tej teoryi nazywać to cierpienie: *Ectodermfibromatosis*.

Hallopeau wreszcie zalicza tę sprawę do dużej grupy: *dystrophie congenitale de la peau*.

Największa część przytoczonych autorów badała guzy duże, — czy to uzyskane na stole sekcyjnym, czy też z chorych, którzy byli zmuszeni poddać się operacyi usunięcia guzów, sprowadzających im pewne dolegliwości. Nasz przypadek więc przedstawia tem większy interes, że mieliśmy do czynienia ze sprawą chorobową mało posuniętą, a przynajmniej powoli się rozwijającą. Badanie nerwów w takim przypadku, w którym nowotwory były bardzo małe, bo niektóre zaledwo w postaci plam, musiało dać jakieś pewniejsze wyniki, z których wyciągnąć można dlatego także pewniejsze wnioski co do pochodzenia nowotworów, niż w przypadkach znaczniej rozwiniętych. W tym celu dla wykazania nerwów, — do czego używałem metody Weigerta, — wziąłem najmniejszy nowotwór, istniejący na klatce piersiowej w postaci zaledwo widocznej, sinawej plamy.

Budowa histologiczna tego najmniejszego tworu nie różniła się niczem od większych guzków; — komórki składające guzek w skórze przedstawiały kształty powyżej opisane, a wśród nich wykazałem sposobem Weigerta wyraźne włókna nerwowe.

Przedewszystkiem na pierwszy rzut oka uderza większa ilość włókien nerwowych w samym guzku, lub na jego obwodzie, niż w reszcie skóry prawidłowej. Wytłómaczenie tego szczegółu znalazłby można chyba w tem, że guzek ten leżał bezpośrednio przy torebce włosowej, do której dochodziło dużo włókien nerwowych wraz z licznemi zazwyczaj w tem miejscu skóry naczyniami krwionośnemi. Następnie pojedyncze włókna nerwowe zdają się być pokręcone, przez co przekrój trafiać je musi częściej i na liczniejszych miejscach, niż w stanie prawidłowym, a temsamem muszą być pozornie liczniejsze. Wreszcie przypuszczaćby można, że nowotwór rozwija się z większej wiązki, niż wiązki nerwowe w otoczeniu i że wiązka ta daje się łatwiej barwieniem wykazać w tkance komórkowej guza, niż między wiązkami tkanki klejorodnej, kędy zazwyczaj przebiegają nerwy w skórze. Większa ilość włókien nerwowych zdaje się zatem być tylko pozorną; — nie sądzę wcale, aby istniało nowotworzenie się czynników nerwowych, a przypuszczałbym tylko, że nowotwór bierze początek z wiązki liczniejszej we włókna nerwowe, niż wiązki otoczenia.

Rozłożenie włókien nerwowych przedstawiało się różnie, zależnie od przecięcia. W jednych skrawkach widać wiązkę nerwową złożoną z kilku włókien, wchodzącą w guzek, w którym spostrzega się pojedyncze włókna, rozsunięte od siebie. W innych znajduje się wyraźna wiązka nerwów w środku guzka, a obok niej pojedyncze włókna mniej lub więcej rozsypujące się ku obwodowi. W jeszcze innych wreszcie idą włókna nerwowe od nerwów torebki włosowej, lub gruczołu w sam guzek. *(Fig. 3)*.



Fig. 3. Plama w skórze klatki piersiowej. Powiększ. DD. Ok. 2. Zeiss. — Barwienie sposobem Weigerta. — Najciemniej zabarwione włókna nerwowe, dochodzące do torebki włosowej i gruczołu łojowego i rozsypujące się w guzku. Ciemno zabarwiona otaczająca tkanka klejorodna, a jasno miąższ guzka.

Na skrawkach z samego brzegu guzka, a zatem z miejsca, gdzie komórek jeszcze nader mało między rozsuniętą już częściowo tkanką klejorodną, spostrzega się nierzadko i po kilka wiązek nerwowych obok naczyń krwionośnych; — nie widać jednak prawie zupełnie pojedynczych włókien nerwowych. Na przecięciach środkowych guzka zaś znajduje się zazwyczaj jedna wiązka większa o nieco rozsuniętych włóknach bliżej środka guzka, a obok tego kilka pojedynczych włókien, różnie przeciętych wśród miąższu nowotworu. *(Fig. 4)*.

Stosunek wiązek i włókien nerwowych do miąższu guzka przedstawia się również rozmaicie, zależnie od miejsca przecięcia, z którego wzięto skrawek. Na samym obwodzie, tam gdzie — jak wspomniałem, — widzieć można nawet parę wiązek nerwowych, spostrzega się tak na przecięciach poprzecznych, jak podłużnych tychże wiązek włókna ułożone w nich blisko siebie, nie oddzielone komórkami nowotworu. Czem bliżej środka, tem więcej spostrzega się wiązki o włóknach, przez komórki rozsuniętych, aż wreszcie pojedyncze włókna nerwowe, wrastające w miąższ guzka. Czasami spostrzega się na jednym skrawku wiązkę, wchodzącą w guzek, o włóknach równolegle do siebie ułożonych,

dalej zaś wiązka ta rozsypuje się na pojedyncze włókna, oddzielone od siebie komórkami nowotworu, czyli przez nie obrośnięte. Przytem dodać muszę, że wiązki nerwów przedstawiają się zupełnie prawidłowo i otoczone były jak zazwyczaj osłonką, oddzielającą się wyraźnie od otoczenia, czego nie zauważyłem wtedy, gdy wiązka rozsypała się już na pojedyncze włókna.

Tak przedstawiały się nerwy i ich stosunek do otoczenia w nowotworach mało rozwiniętych, zaledwo w po-



Fig. 4. Plama w skórze klatki piersiowej. Powiększ.: DD. Ok. 2. Zeiss. — Barwienie sposobem Weigerta. — Przecięcie bliżej środka; najciemniejsze są włókna nerwowe w wiązce i rozsypujące się w górnej części we włókna; tkanka klejorodna oddziela się z tej strony dość wyraźnie od guzka, nie tworząc jednak otoczki.

staci plamy w skórze widzialnych; — w guzie jednak stosunkowo dużym, wyciętym z pośladka, nerwów prawie całkiem wykazać nie mogłem. Na ten szczegół zwrócił uwagę Recklinghausen i tłomaczył go późniejszym zanikiem włókien nerwowych. Późniejsi autorowie także w części objaw ten spostrzegali. (Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Krause. **Leczenie hetolem gruźlicy płuc i krtani.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 42, 1902). Leczenie hetolem, — które autor samo przez się uważa przy niejakiej wprawie za łatwo wykonalne i wcale nie niebezpieczne dla chorego, — powinno się przedewszystkiem rozciągnąć na czas dłuższy, co najmniej na kilka tygodni, a czasami nawet na miesiące i lata. Nawet w cięższych przypadkach widział Krause względnie dobre wyniki, a w szczególności zupełne ustąpienie gorączki i potów (już w ciągu pierwszego tygodnia leczenia), zmniejszenie się kaszlu i wreszcie ogólną poprawę objawów przedmiotowych. A właśnie te pomyślne wyniki, otrzymane u ciężko chorych, mają tem większe znaczenie, ponieważ dotychczas nie istnieją dla takich przypadków zakłady lecznicze, które jednak bardzo byłyby pożądane. Leczenie polega na najściślejszem indywidualizowaniu chorych i na wstrzykiwaniach śródżylnych, sprowadzających w schorzałych okolicach nadmierne nagromadzenie się ciałek białych. Na wyciętych skrawkach, pochodzących z gruźliczo zmienionych krtani, zdołał autor wprost stwierdzić gojenie, które atoli w najpomyślniejszych przypadkach trwało kilka miesięcy. Wreszcie podaje Krause 21 dokładnych historyi chorób, z których wynika, że w 4 przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie, w 13 znaczna, a w pozostałych 4 mniejsza poprawa.

Dr. Pisek (Podgórze).

Graefe. **W sprawie owaryotomii podczas ciąży.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 43, 1902). Fehling w roku 1900 na kongresie w Akwisgranie polecał operować torbielaki jajnikowe podczas ciąży tylko przy okręceniu szypuły, uwięźnięciu torbielaka w miednicy małej i szybkim bardzo wzroście; w przypadkach tych o ile można operować w miesiącach wczesnych, w innych zaś przypadkach operacyi nie przedsiębrać. Powodem zapatrywania tego, według zebranej do owego czasu statystyki (130 przypadków) był duży odsetek (27·8%) przerwania ciąży, w tem 5% śmiertelności matek. Od tego czasu zebraną statystykę przez Orglera przytacza autor, omawiając dokładniej trzy przypadki przez siebie operowane.

Na 27 zebranych przypadków, operowanych w różnych miesiącach ciąży, śmiertelność matek była 0., poronień 5, przedwczesnych porodów 3. Zdaniem więc autora należy robić owaryotomię daleko częściej, aniżeli robi się obecnie, bo niebezpieczeństwo dla matki prawie nie istnieje, dla płodu zaś jest minimalne, jeżeli tylko podczas operacyi jak najmniej macicę się wygniata. Nie operując w miesiącach wczesnych, tylko czekając na wskazania, podane przez Fehlinga, często wykonać wypadnie operacyę w warunkach znacznie gorszych, co też wpłynie na zwiększenie odsetka śmiertelności matek i przerwania ciąży.

Pierwszeństwo daje G. laparotomii dlatego, że przy niej można uniknąć prawie zupełnie ucisku macicy; z zabiegów od strony pochwy poleca kolpotomię tylną tylko przy torbielakach, leżących nizko w miednicy małej. *P.*

Scheftel. **Powstanie przetoki przedsionkowo-odbytniczej przy pierwszem spółkowaniu.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 39, 1902). Przytoczywszy znane w piśmiennictwie rosyjskiem okaleczenia podczas spółkowania, autor opisuje swój przypadek. Dotyczył on mężatki 22-letniej, wcale dobrze zbudowanej, prawidłowo miesiączkującej, która przez 11 miesięcy małżeństwa nic nie wiedziała o swem okaleczeniu. Udała się do lekarza o poradę z powodu skąpego miesiączkowania i ten dopiero zwrócił jej uwagę na okaleczenie; zapytana o pierwsze spółkowanie podawała, że było dla niej bardzo bolesne i że w jakiś czas później zauważyła, że czasami ze szpary sromowej wydobywał się kał.

Za wędzidełkiem, a niżej wejścia do pochwy, zarośniętego błoną dziewiczą prawie w całości, znajdował się otwór, drążący w głąb ku kiszce odchodowej. Na szczycie tego kanału widoczna wynicowana błona śluzowa odbytnicy. Pochwa nadzwyczaj wązka, reszta części rodnych budowy prawidłowej. W końcu opisuje autor sposób operowania przetoki i rozszerzania pochwy. *P.*

Hantke. **Wskazania lekarskie do przerwania ciąży.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* Tom 16, Zeszyt 3, 1902). Lekarzowi wolno przerwać ciążę przez wywołanie poronienia lub przedwczesnego porodu w celu ratowania życia matki, zagrożonego dalszem trwaniem ciąży, lub też może być mowa tylko o przedwczesnym porodzie — w interesie dziecka. Autor pomija wskazania, wynikające ze zmian budowy miednicy i chorób, dających się leczyć chirurgicznie i omawia wskazania, powstałe w samej ciąży wskutek chorób istniejących poza nią, lub przez nią wywołanych. Odkąd Gusserow pierwszy opisał przypadki złośliwej błednicy postępującej, nabytej w ciąży, a które wszystkie skończyły się śmiercią matki zaraz po porodzie, radzą niektórzy położnicy w takich przypadkach usunąć tę przyczynę wywołującą i przerwać ciążę.

Sänger, Schröder i inni zalecają również przerwać ciążę w przebiegu białaczki w przekonaniu, że choroba ta, gdy nastąpi ciąża, stanowczo się pogarsza, wywołując ciężkie objawy: ciągłego bólu i zawrotów głowy, szumu w uszach, duszności i uczucia napinania w brzuchu. Kleinwächter i Hartman, opierając się na kilku przypadkach wyleczenia po dobrowolnym porodzie, odradzają przerywać ciążę. Prawie wszyscy wybitni ginekolodzy zgadzają się na to, że ciąża wpływa ujemnie na choroby nerek. Należy rozróżnić bardzo częstą postać »*nephritis gravidarum*«, objawiającą się białkomoczem, od przewlekłego czy ostrego zapalenia nerek. Prócz białka znajdujemy wtedy w moczu wałeczki. Tylko te stany chorobowe nerek mogą dać powód do przerwania ciąży. Dlatego też powinno być zasadą w każdym przypadku ciąży badać mocz często i dokładnie. Każdy przypadek zapalenia nerek w przebiegu ciąży należy najprzód leczyć jak zwykle dyetą mleczną, środkami moczopędnymi i potnymi. Jeżeli mimoto nie można zauważyć żadnego polepszenia, mocz stale wykazuje znaczną ilość białka i wałeczki, ilość jego stale zmniejszona i nawet występują obrzęki, wtedy możemy ciążę przerwać, bez względu na to w jakim okresie. Jeżeli bowiem stan ten chorobowy, tak ciężki, znajdziemy już w pierwszych miesiącach ciąży, to i tak mała tylko jest nadzieja utrzymania

płodu, a matkę możemy uratować. Tylko w tych przypadkach, gdzie groźne objawy wystąpią dopiero w drugiej połowie ciąży i nie robią wielkich postępów, czekają niektórzy z przerwaniem ciąży aż do czasu, w którym życie płodu pozamaciczne będzie możliwe. Leyden radzi nawet wywołać poród przedwczesny w przypadkach stale i długo utrzymującego się białkomoczu. Drgawki występujące w ciąży również mogą dać poród do jej przerwania, szczególnie jeżeli napady często po sobie następują (Olshausen) i jeżeli ani zawijania, ani środki nasenne nie pomagają (Ahlfeld). Doświadczenie zresztą uczy, że drgawki bardzo często ustępują z chwilą urodzenia się płodu, a rokowanie tak dla matki, jak i płodu jest tem gorsze, w im wcześniejszym okresie ciąży one występują. Przeciw przerwaniu ciąży w tych przypadkach występuje Kleinwächter. Czasem w następstwie długo utrzymującego się białkomoczu pojawia się zapalenie siatkówki, które może się stać przyczyną zupełnej ślepoty. Ponieważ stan ten zwykle występuje dopiero w drugiej połowie ciąży, należy z chwilą jego pojawienia się wywołać poród przedwczesny. Przypadków uporczywych wymiotów ciężarnych nie należy bagatelizować. Są wprawdzie ginekolodzy, którzy utrzymują, iż leczeniem zachowawczem zawsze doszli do celu; znane są jednak przypadki zejścia śmiertelnego. Dlatego też można czekać z przerwaniem ciąży, jak długo na to pozwala stan ogólny ciężarnej; z chwilą jednak, gdy wystąpią groźne objawy błednicy, białkomocz, bredzenie, gorączka naprzemian z ciepłotą niską, ciężkie objawy nerwowe, nie należy wtedy zwlekać z przerwaniem ciąży, gdyż może być za późno. Groźnem powikłaniem ciąży są wady sercowe, a mianowicie okres niedomogi (duszność, obrzęki). Jeżeli okres ten mimo odpowiedniego leczenia nie wykazuje choćby polepszenia, należy ciążę przerwać. Zwykle idzie tu o wywołanie porodu przedwczesnego; Kleinwächter sprzeciwia się przerwaniu ciąży tembardziej, że w przypadkach ciężkich zwykle i tak występuje dobrowolnie poronienie, lub poród przedwczesny. W gruźlicy płuc już dawno przerywano ciążę, ale w interesie dziecka. Przekonano się jednak, że sama ciąża źle wpływa na sprawę gruźliczą, że więc przez jej przerwanie można w wielu przypadkach postęp sprawy zatrzymać. Naturalnie stałej zasady tu postawić nie można, trzeba indywidualizować. Zależnie od stanu chorej i postępu gruźlicy jedni wywołują poronienie, drudzy poród przedwczesny. Przeciwnikiem przerywania ciąży w tych przypadkach jest znowu Kleinwächter, który matkę uważa za straconą, a przez sam zabieg przyspiesza się tylko zejście. W przebiegu pląsawicy ciężarnych należy przerwać ciążę, jeżeli choroba ta odrazu wystąpi ostro, postępuje, staje się ogólną, a podawane środki (brom) nie pomagają; dalej — jeżeli w przebiegu jej wystąpią bredzenia, napady szału, obłęd. Do chorób, które mogą czasem dać powód do przerwania ciąży, należą jeszcze: ciężka rwa, choroba Basedowa i wól; ta ostatnia choroba wskutek ciężkich objawów duszności, które po porodzie często ustępują. *Dr E. Ehrenpreis.*

J. M. C. Mouton (z Haagi). **W sprawie teoryi odnoszącej przyczynę drgawek porodowych do płodu.** (*Centralblatt für Gynäcologie* 1902, Nr. 12). Przed 4 laty wypowiedział Fehling zdanie, iż w drgawkach porodowych za mało uwzględnia się dotychczas rolę płodu. Płód, jako twór żyjący i wytwarzający wiele trujących produktów, spowodowuje bezpośrednio zapomocą łożyska, lub pośrednio drogą wód płodowych, przedostawanie się tych ciał trujących do krwi matki. Jeśli ustrój matki sprawnością swą zdoła wyrugować wszelkie istoty trujące, wówczas matka pozostaje do końca zdrową. W razie wzmożenia się ilości tych istot, a zatem i nadmiernej pracy wydzielania, lub w razie schorzenia narządów wydzielniczych, n. p. zajęcia nabłonka nerek, pierwszym objawem chorobowym staje się białkomocz ciężarnych, drugim, nierównie cięższym, drgawki porodowe. Godzi się jednak podnieść, iż teoryę tę wygłosił jeszcze na 3 lat przed Fehlingiem P. T. C. van der Hoeven, w rozprawie: „Przyczyna drgawek porodowych", napisanej w celu osiągnięcia godności doktora, gdzie wyraźnie zaznaczył swoje zapatrywanie, a mianowicie: w drgawkach porodowych znachodzi się po śmierci w narządach matki i płodu, zmiany pochodzące najprawdopodobniej z bardzo wielkiej ilości ciał trujących we krwi. Zatrucie może powstać albo skutkiem zmiany anatomicznej i czynnościowej podczas ciąży w narządach wydzielniczych matki, przez co nie mogą one podołać prawidłowej ilości pracy, albo ilościowy wzrost pracy jest tak znaczny, że narządy te nie mogą odpowiedzieć równą sprawnością i wyrugowaniem przetworów przemiany, wskutek czego ulegają schorzeniu. Wielką podporę dla swej teoryi zyskał van der Hoeven w fakcie, że u noworodków, narodzonych z matek, które uległy drgawkom, występuje białkomocz i drgawki, jakoteż więcej trujące właściwości ich krwi, niż matek. Następnie częściej spotykamy drgawki w ciąży bliźniaczej, albo też widzimy, że objawy grożących napadów słabną, lub gasną w razie obumarcia płodu w macicy. Pojawianie się drgawek w połogu objaśnia van der Hoeven, jak następuje: z urodzeniem się płodu ustaje wprawdzie dalsze wytwarzanie się trujących produktów, ale nie zniknęły zmiany w narządach matki. Rozumie się, że zmiany te są przemijającą przyczyną niedostatecznego wydzielania produktów, a jak długo po porodzie nerki mniej usuwają tych produktów, niż się ich wytwarza we krwi matczynej, tak długo powiększa się ilość toksyn, aż wreszcie podrażnienie nerwowego układu może być tak znaczne, iż występują drgawki. Mówiąc zatem o teoryi Fehlinga, należałoby łączyć jego imię z imieniem van der Hoevena. *G. Grzybowski.*

L. Knapp (z Pragi). **Szybkie rozszerzenie ujścia macicznego zapomocą przyrządu.** (*Klin. therapeut. Wochenschrift*, 1902). Omówiwszy dość szczegółowo wszelkie używane dotychczas sposoby mniej lub więcej łagodnego i prędkiego rozszerzenia ujścia macicznego, przystępuje Kn. do oceny przyrządu Bossiego, zmodyfikowanego przez siebie wespół z wiedeńskim fabrykantem Nowakowskim. Widać, że autor jest na mocy doświadczenia gorącym zwolennikiem tego sposobu, choć z drugiej strony nie używa go nigdzie tam, gdzie można ręcznie dojść do celu. Stosuje go zaś przedewszystkiem w drgawkach porodowych, w przypadkach ciężkiego schorzenia rodzącej, czy to wskutek poważnej wady serca, gruźlicy w ostatnich okresach, złośliwej niedokrwistości, nie dających się niczem powstrzymać wymiotów, następnie w razie pojawienia się wśród porodu gorączki, jeśli ta jest zapowiedzią połogowego zakażenia. Tosamo dotyczy dłuższego zatrzymania się obumarłego i gnijącego płodu, gdyby rozkład jego groził bębnicą macicy z smutnemi następstwami. Również w razie zanadto przedłużającego się porodu, czy to skutkiem słabych bólów, czy też stwardnienia ujścia macicznego. Stosowanie sposobu Bossiego chciałby Knapp widzieć także i w sztucznem poronieniu. W tem wszystkiem postępuje nieco odmiennie, mianowicie rozszerza ujście maciczne jednym ciągiem, bez przerw, aż do pożądanej wielkości. Przez cierpliwość, wprawę i zręczność można uniknąć wszelkich poważniejszych powikłań, jakie pociąga za sobą pierwotny przyrząd Bossiego, w dodatku niezręcznie użyty. Po rozwarciu ujścia można pozostawić poród dalszym siłom ustroju, względnie ukończyć go kleszczami, obrotem, wydobyciem płodu, lub wymóżdżeniem. *Grzybowski.*

Otto Heussen. **Oddech przerywany.** (*Deutsches Archiv für klin. Medicin* Tom 74, Zeszyt 2, 1902). Oddech przerywany występuje przeważnie w czasie wdechu, jako wzmocnienie szmeru oddechowego, rzadziej jako osłabienie lub przerwa szmeru; uprzywilejowane miejsca jego zjawiania się są: 1-szy i 2-gi przestwór międzyżebrowy i lewa okolica podłopatkowa. Takie wyniki dało badanie 268 chorych, leczonych w sanatoryum Sonnenberg, z których 14,5% okazywało objaw oddechu przerywanego. Jeżeli przerwy albo raczej zmiany szmeru oddechowego odbywają się rytmicznie, zgodnie z czynnością serca, to mamy wtedy t. zw. „systoliczny" oddech. Autor utrzymuje, że właśnie „systoliczny" przerywany oddech stanowi regułę u gruźliczych i tłómaczy go przekrwieniem miąższu płucnego: rozszerzone w czasie skurczu naczynia włosowate płucne stwarzają przeszkodę w przekrwionych miejscach dla wdechanego powietrza i powodują zjawisko przerywanego oddechu. Wstrzykując tuberkulinę, która ma w chorych częściach wywoływać przekrwienie, autor otrzymał u wszystkich trzech badanych chorych rytmicznie przerywany oddech w miejscach podejrzanych o gruźlicę. Oddech przerywany, zdaniem autora, — bywa objawem nietylko przekrwienia, lecz i przebytego zapalenia płuca lub opłucnej, albo też każe podejrzywać trwający jeszcze proces zapalny w najbliższem sąsiedztwie. *Z. Czapiicki.*

Sturm. **Zastosowanie maszyny dentystycznej w leczeniu zapalenia ucha środkowego.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* T. 41, 1902). W klinice chorób usznych w Rostoku używają maszyny dentystycznej dla wypiłowania zewnętrznej ściany jamy bębenkowej w przypadkach przewlekłego ropienia w górnej części jamy bębenkowej. Operacya ta ma na celu odsłonięcie siedliska choroby, by tem skuteczniej działać miejscowo na proces chorobowy. Operacyę tę można wykonać tylko wtedy, kiedy przewód uszny jest dostatecznie szeroki. S. podaje przypadek, gdzie tym sposobem odsłonięto nawet jamę wyrostkową. Także dla wydalenia ograniczonych miejsc próchniejących w jamie bębenkowej używają maszyny dentystycznej, o ile dostęp przez przewód uszny jest możliwy. *Dr. Teofil Zalewski.*

Sato. **O** *fissura mastoideo-squamosa i sutura frontalis* **w stosunku do rasy i płci.** (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde* Tom 41, 1902). Według Adermanna *fissura mastoideo-squamosa* spotyka się jednakowo często na czaszkach rozmaitych ras; wyjątek stanowią negry, u których zdarza się bardzo rzadko. S. badał 1373 czaszek rozmaitych ras. Badania jego potwierdziły wyniki badań Adermanna, że u negrów *fissura mastoideo-squamosa* spotyka

się bardzo rzadko: spostrzeżenie to zrobił autor nietylko na czaszkach afrykańskich, lecz i u negrów australijskich. Na czaszkach mongołów, eskimosów, indyan *fissura mastoideo-sqamosa* spotyka się też rzadko. Co do innych narodów, to różnicy autor nie widział, — istnieje ona w mniejszym lub większym stopniu, mniejwięcej w 37%. Adermann znalazł tensam stosunek. Co do płci, różnicy niema. Taksamo *sutura frontalis* spotyka się u negrów bardzo rzadko w stosunku do innych narodów, u których znalazł ją autor w 7,65%. *Dr. Teofil Zalewski.*

Doc. Georgjewskij. **W sprawie powstania we krwi swoistej substancyi uodporniającej** (*substance sensibilisatrice, Immunkörper*) **w durze brzusznym.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 17). Dla oznaczenia czasu powstania we krwi chorych na dur brzuszny swoistej substancyi uodporniającej użył Georgjewskij metody Bordeta. Metoda ta polega na własności drobnoustrojów pochłaniać aleksyny w obecności substancyi uczulającej. Do szeregu próbówek nalewał autor pewną ilość świeżej surowicy, wziętej z osób, które nie przechodziły duru brzusznego, więc surowicy, zawierającej tylko aleksyny i dodawał surowicę chorego na dur brzuszny, pozbawioną aleksyn przez ogrzewanie w ciągu ½ godziny w ciepłocie 56° C., wreszcie pewną ilość zawiesiny laseczników durowych. Otrzymane mięszanki zostawiał w ciepłocie 20° C. przez 1—1½ godziny i oznaczał następnie zawartość aleksyn. Brak aleksyn miał oczywiście wskazywać na obecność w badanej surowicy substancyi uczulającej. Podobne badania G. przeprowadził na 26 chorych na dur brzuszny, na 3, którzy przedtem przebyli dur i na 8 o obnikach zdrowych. W pierwszych ⅔ gorączkowego okresu autor ani razu nie mógł stwierdzić we krwi substancyi uczulającej; zjawiała się ona w niektórych razach zaledwie w końcowym okresie duru; z obniżeniem ciepłoty do stopni prawidłowych występowała ona zawsze, lecz początkowo słabo, wyraźniej zaś dopiero w końcu 1—2 tygodnia po durze. Po upływie 2—4 miesięcy odczyn występował jaskrawo. U osobników zdrowych, którzy nigdy nie przechodzili duru, nie udało się wykryć substancyi uczulającej. *Witold Orłowski.*

Harris i Herzog M. **Wycięcie śledziony w niedokrwistości śledzionowej, czyli pierwotnej splenomegalii.** (*Annals of Surgery — Phil. Med. Journal* 18 stycznia, 1902). Patologia tego cierpienia pozostaje niewyjaśnioną, lecz główne zmiany histologiczne stwierdzamy w śledzionie, w postaci ogólnego rozrostu anatomicznych pierwiastków śledziony, sprawy podobnej do rozlanego naczyniaka limfatycznego. Terapeutyczne leczenie jest tu bezowocne; zasługują tedy na zupełną uwagę wyniki zabiegów operacyjnych, mianowicie wycięcia śledziony. Autorowie artykułu spostrzegali dwa przypadki tej choroby i zebrali z piśmiennictwa 19 przypadków splenektomii, z których w 14-stu wynik był jak najpomyślniejszy, chorzy wyzdrowieli; w czterech przypadkach nastąpiła śmierć, w pierwszym wynik pozostał niewiadomy.

Trudność i niebezpieczeństwo operacyi wzrasta odpowiednio do wymiarów śledziony; to też operacya jest wskazaną natychmiast po ustaleniu rozpoznania i przekonaniu się o nieskuteczności leczenia aptecznego. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Meltzer. **Znaczenie stężenia płynu i ilości miejsc ukłócia przy wstrzykiwaniach podskórnych.** (*The Journal of Exper. Medic. — Philad. Med. Journal* 15 lutego, 1902). Na mocy swych doświadczeń dowodzi autor, iż stężenie cieczy, używanych do zastrzykiwań podskórnych, ma wielkie znaczenie: przy dawkach jednakowych, im roztwór wstrzykiwany bardziej będzie zgęszczony, tem działanie jego jest silniejsze. Inaczej mówiąc, ciśnienie osmotyczne jest najgłówniejszym czynnikiem w sprawie chłonienia. Wyraźny również ma wpływ na siłę działania zastrzykniętego leku wstrzyknięcie określonej ilości nie w całości w jednem miejscu, ale potrochę w kilku miejscach. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Floret. **Mesotan** (*Deutsche medicin. Wochenschrift* Nr. 12, 1902), nowy środek, stosowany w cierpieniach gośćcowych i dnawych z nadzwyczajnym powodzeniem; podawany w 120 przypadkach miał dać nadspodziewane wyniki tak dalece, że jest prawie lekiem rozpoznawczym co do istoty cierpienia. Używa się go w postaci pędzlowań (*Rp. Mesotani, Ol. olivar aa 25,00 M. DS. trzy razy dziennie pędzlować*). *Dr. Pisek* (Podgórze).

Walko. **Oliwa stosowana w wrzodzie żołądka.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 46). Przed kilku laty Cohnheim polecił podawanie dużych ilości oliwy w przypadkach zwężeń odźwiernika. Obecnie lekarz francuski Mathieu stwierdził, że wprowadzenie pewnej ilości oliwy równocześnie ze śniadaniem Ewalda zmniejsza wydzielanie kwasu solnego. Ponieważ objawy skurczów i bólów spowodowane są nadmierną kwasotą, zatem oliwa powinnaby je łagodzić. Dr. Walko, asystent prof. Jakscha z Pragi, przeprowadził szereg doświadczeń, z których wynika, że oliwa, będąc równocześnie znakomitym środkiem odżywczym, oddać nam może bardzo dobre usługi w przypadkach wrzodu okrągłego żołądka, któremu, jak wiadomo, prawie zawsze towarzyszy nadmierna kwasota.

Głównem wskazaniem leczniczem przy wrzodzie żołądka jest żywienie chorego bez drażnienia wrzodu; oliwa spełnia to zadanie w zupełności: jak powiedzieliśmy, wartość odżywczą posiada znaczną; błony śluzowej żołądka nie drażni zupełnie, a oprócz tego nie wywołuje w żołądku kiśnienia, które jest nieuniknionem następstwem żywienia wyłącznie mlecznego. W świeżych przypadkach wrzodu żołądka Walko zaczyna od kilku łyżeczek oliwy, polecając bezpośrednio po tem staranne wypłókanie ust i przełyku aromatyczną, lekko antyseptyczną wodą do ust. W następnych dniach podnosi stopniowo dawki aż do 150 ctm. sześc. dziennie (w trzech dawkach). Jeżeli chory nie znosi oliwy, można ją wprowadzać w postaci zawiesiny przez wielki cewnik żołądkowy. Przez czas trwania początkowych ciężkich objawów, t. j. przez pierwsze 3 do 6 dni, oliwa stanowić będzie wyłączne pożywienie chorego. Oliwa zwalcza skutecznie tak częste przy wrzodach żołądka zaparcie stolca; wprowadzona jednak w stanie czystym nie wywołuje biegunki: dlatego też możemy równocześnie z jej podawaniem stosować lewatywy odżywcze.

Walko przeprowadził ten sposób leczenia w 9-ciu przypadkach, zawsze z dobrym wynikiem. Zwykle po ośmiu dniach ustępowały wszystkie zaburzenia; bezpieczniej jednak jeszcze przez dwa tygodnie podawać oliwę połączoną z innem odpowiedniem żywieniem.

Nader pomyślnem okazało się to leczenie w przypadkach przewlekłych wrzodu żołądka tam, gdzie leczenie operacyjne nie dało pomyślnego wyniku. Dlatego też przed szukaniem pomocy w zabiegu operacyjnym autor poleca zawsze przeprowadzenie leczenia oliwą. Walko przypisuje oliwie działanie podobne do działania bizmutu, t. j. ochranianie rany od podrażnień z zewnątrz; próbował przeto oba te leki połączyć. Pomimo skąpej ilości doświadczeń można wnosić, iż sposób ten pomyślnie będzie wpływał na szybkie zabliźnianie się wrzodu. *Dr. T. Żeleński.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 26 listopada 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Pieniążek przedstawia chorego, u którego wyciął krtań z powodu raka tego narządu.

Na zapytanie kol. Spiry, czy gruczoły nie były zajęte, odpowiada prelegent, że nie wyjęło gruczołów, gdyż nie były zmienione.

III. Kol. prof. Trzebicky przedstawia: 1) Chorego, któremu przez ezofagotomię zewnętrzną wyjął z połyku sztucznego zęba, połkniętego wraz z płytką. Pacyent opowiadał, że zęba połknął we śnie. Przebudziwszy się, doznał bólu w »piersiach« i przy połykaniu, które się zresztą odbywało dość lekko. Przy badaniu przez innych kolegów zgłębnik znacznej grubości przechodził z łatwością, natomiast badanie ezofagoskopem wykazywało obecność obcego ciała białego. Badanie Röntgenem, dokonane w zakładzie Dra Frommera, wykazało, że ciało obce utkwiło na wysokości drugiego kręgu piersiowego. Przy operacyi, dokonanej przy łaskawej asystencyi prof. Pieniążka w 3 dni po wypadku przekonał się kol. T., że płyta zęba była ustawiona pionowo i dzieliła całe światło połyku na dwie nierówne części, czem się też tłómaczy łatwość sondowania w tym przypadku. Krawędzie płyty były mocno wbite w ściany połyku. Zapomocą szczypczyków można było ciało obce z łatwością wyjąć pod kontrolą wzroku. Obecnie pacyent jest wyzdrowieńcem.

2) Chorego po splenektomii. Pacyent, liczący lat około 20, zgłosił się do prelegenta z powodu uporczywych krwotoków jelitowych, wzbudzających podejrzenie na nowotwór jelitowy. Badanie dokładniejsze wykazało obecność guza śledziony znacznych rozmiarów i niedokrewność (2,506.000 ciałek czerwonych, 39% hemoglobiny; w ciałkach krwi czerwonych znaczny endoglobularny rozpad). Nowotwór jelita mo-

żna było wykluczyć. Prelegent wykonał wycięcie śledziony, do czego skłoniła go także i ta okoliczność, że pacyentowi dawniej podawano w domu chininę i arsen bez skutku. Operacya była technicznie bardzo trudną z powodu rozległych, krótkich a mocnych zrostów z przeponą. Wynik operacyi jest bardzo dobry, gdyż obecnie w 5 tygodni po operacyi liczba ciałek czerwonych przekracza już $3^1/_2$ milionów, a odsetka hemoglobiny wynosi 50. Kilka razy spostrzegano we krwi po operacyi ziarna melaniny i pasorzyty zimnicze.

3) Okazał oprócz śledziony, wyjętej u dopiero co wspomnianego chorego, 4 śledziony znacznych rozmiarów, wydobyte przez splenektomie wykonane przez prelegenta w ostatnim roku.

4) Pacyentkę po cholecystotomii z powodu zaklinowania się 2-ch kamyków żółciowych w miejscu przejścia przewodu pęcherzowego w przewód wspólny.

5) Kamień żółciowy wielkości dużego jaja gołębiego, wydobyty cholecystotomią z powodu wklinowania się w tem samem miejscu, co w poprzednim przypadku. Pacyentka jest również wyleczoną.

6) Guz wielkości 2 ch pięści dorosłego mężczyzny, wydobyty z śródpiersia po poprzedniem wypiłowaniu lewego obojczyka, 1—4 żebra i lewej połowy mostka. Tętnicę podobojczykową, przechodzącą przez guz, podwiązał prelegent na samym łuku aorty. Pacyent zmarł 15-go dnia po operacyi z obustronnego zapalenia płuc.

7) Preparat pękniętej nerki, wyjętej u chorego, który przed 10-ciu miesiącami, spadając ze znacznej wysokości, uderzył okolicą lędźwiową prawą o baryerę. W jednym ze szpitali prowincyonalnych wykonano operacyę, o czem świadczy rozległa blizna. Chory zgłosił się do szpitala z przetoką, z której wydzielała się ropa i mocz. Prelegent cięciem lędźwiowem odsłonił dużą jamę, wśród której znajdowały się szczątki poszarpanej nerki, z których kawał największy pozostawał w związku z naczyniami nerkowemi i moczowodem. Wszystkie te kawałki wyjęto. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabierali głos koll. Surzycki, Rutkowski i prelegent.

IV. Kol. doc. Rutkowski wygłosił odczyt: »O zapaleniu wyrostka robaczkowego i jego leczeniu«.

V. Kol. prof. Rosner mówił: »O appendicitis in gravida«. — (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. prof. Klecki w dyskusyi wyjaśnia, że zarówno jego własny pogląd na powstawanie zapalenia wyrostka robaczkowatego, jako też i tak zw. «teorya» Dieulafoya, opierają się na tych samych podstawach, mianowicie na badaniach doświadczalnych, jakie K. przeprowadził nad jadowitością *bacterium coli commune*. W badaniach tych stwierdził K., że jadowitość drobnoustrojów jelitowych zależy między innemi od stanu ściany jelita i że w pewnych jej stanach patologicznych jadowitość drobnoustrojów się wzmaga. W odnośnych doświadczeniach ze względu na porównawcze badanie jadowitości bakteryj dany odcinek jelita musiał być zamknięty; Dieulafoy, pomijając stwierdzoną przez K. zależność własności życiowych bakteryi jelitowych od naturalnego ich środowiska, na którego skład w wysokim stopniu wpływa stan ściany jelita, wysuwa na pierwszy plan, jako czynnik wzmagający jadowitość bakteryj, szczegół, wprowadzony do badań K. tylko ze względów technicznych, t. j. zamknięcie światła jelita, i ztąd wyprowadza swoją *„théorie de la cavité close»*.

W szeregu doświadczeń na królikach wykazał K., że zamknięcie światła wyrostka robaczkowatego nie wpływa na jadowitość zawartych w nim prątków okrężnicowych: w jednych doświadczeniach pomimo zamknięcia światła wyrostka jadowitość rzeczonych prątków nie wzmagała się; w innych — ich jadowitość wzmagała się, pomimo że przewód wyrostka był zupełnie drożny. Ze spostrzeżeń klinicznych również wynika, że nie zachodzi żaden związek pomiędzy drożnością, a względnie zamknięciem przewodu wyrostka, a powstaniem zapalenia wyrostka.

Wobec tego tak zw. »teorya« Dieulafoya ostać nie może.

Przytem K. nadmienia, że w zapaleniu wyrostka robaczkowatego, sprowadzonem sztucznie u zwierząt, jadowitość prątka okrężnicowego niekoniecznie musi się podnieść; z jego doświadczeń wynika bowiem, że i prątek okrężnicowy o zwykłej jadowitości może sprowadzić zapalenie ropne wyrostka, gdy naturalna odporność tkanek wskutek toczących się w wyrostku spraw patologicznych jest upośledzoną; a zatem jadowitość bakteryi jest w tym przypadku, podobnie zresztą jak i w innych, własnością pod względem chorobotwórczym bardzo względną.

W końcu zwraca się K. do prelegenta kol. Rosnera z zapytaniem, czy zdaniem jego, prócz przytoczonych w wykładzie czynników, sprowadzających *appendicitis in gravida*, nie może tu również wchodzić w grę zastój żylny w ścianie wyrostka, przez co powstawałyby warunki sprzyjające jego zakażeniu?

Zabierali jeszcze głos koll. prof. Kostanecki i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 3 grudnia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na wniosek Komitetu uchwalono zasadniczo wysłać delegatów na mający się odbyć w Wiedniu wiec społeczno-lekarski.

III. Kol. Radcę Dworu Jordana wybrano członkiem honorowym Tow. lek.

IV. Kol. doc. Lemberger imieniem Komisyi przemysł.-lekarskiej przedstawił wniosek o polecenie tranu jodowo-żelezistego, wyrobu aptekarza K. Wiśniewskiego z Krakowa. Uchwalono.

V. Kol. Doc. Bossowski przedstawił z oddziału chirurgicznego Szpitala św. Ludwika:

1) Chłopca 7-letniego, u którego na tle zakażenia pierwotnego pneumokokami rozwinęło się rozlane zapalenie ropne otrzewnej. Chory ten pozostawał zrazu w obserwacyi w klinice pedyatrycznej, gdzie kol. Lewkowicz za pomocą nakłócia jamy brzusznej stwierdził obecność ropy, w której wykazał liczne diplokoki lancetowate z bardzo wyraźnemi otoczkami. Zabieg operacyjny polegał na szerokiem otwarciu jamy brzusznej, wydaleniu ropy i wyścieleniu zaułków otrzewnej gazą wyjałowioną z przeprowadzeniem nadto sączków przez otwory, założone w okolicach nadpachwinowych. Powolny i dość długi okres gojenia zakończył się wyleczeniem zupełnem.

Kol. B. zaznacza, że o ile u dzieci *peritonitis pneumococcica* przebiega typowo i kończy się w przeważnej części przypadków pomyślnie, o tyle ta sama postać chorobowa u dorosłych, jak świadczą spostrzeżenia autorów francuskich, wydaje objawy bardzo zmienne, zachodzi w powikłania i zazwyczaj pociąga za sobą zejście śmiertelne.

2) Dziewczynkę 2-letnią, u której przed 3 tygodniami cięciem bocznem wyłuszczył nerkę prawą, pozostającą w ścisłym związku z nowotworem, dochodzącym wielkości główki dziecka. Wydobyty guz, podobnie jak w trzech innych, pierwej operowanych przypadkach, z których kol. B. okazał równocześnie preparaty anatomiczne, wychodził z tkanki okołonerkowej i wciskając się w nerkę, zgniatał i wypychał jej miąższ, nie przerastając go nigdzie. Badanie drobnowidowe, dokonane w pracowni anatomo-patologicznej przez kol. Glinskiego, wykazało w guzach rzeczonych prócz budowy właściwej mięsakom, obecność pierwiastków gruczołowych tak, że nowotwory te zaliczyć należy do grupy t. zw. mięsaków płodowych, wychodzących z okolicy przynerkowej.

3) Dziewczynkę 8-lat liczącą, ze zniekształceniem wrodzonem palca wielkiego na obu stopach, pod postacią t. z. *hallux varus*.

Palec wielki jednej i drugiej stopy, ułożony w addukcyi silnej nie stanowi przedłużenia pierwszej kości śródstopia, lecz tworzy z nią kąt niemal prosty, otwarty na wewnątrz, przyczem główka odpowiedniej kości śródstopowej sterczy silnie od strony podeszwy. Części miękkie po wewnętrznej stronie skutkiem zboczenia palucha są przykurczone, a na skórze pierwszego członka od strony wewnętrznej widać blizny w części płaskie, częściowo zgrubiałe i wyniosłe. Na skiagramach prócz zwichnięcia między kością śródstopia a pierwszą falangą palucha stwierdzić nadto można, że kość pierwsza śródstopowa, lubo pod względem kształtu w całości nie przedstawia zmian większych, w długości jest znacznie skrócona. Stopy obie nie okazują zresztą żadnych innych zboczeń, a na odciskach bardzo charakterystycznych dostrzega się jedynie znaczne rozszerzenie przedniej części stopy i przemieszczenie opuszki palucha ku wewnątrz i ku tyłowi, jako następstwo zboczenia w stawie falango-śródstopowym palca wielkiego. Przyczyną powstania palucha szpotawego w przedstawionym przypadku upatrywać należy bądź to w nieprawidłowym zawiązku palca wielkiego, bądź też, co jest prawdopodobniejsze i za czem przemawiają zbliznowacenia w okolicy pierwszej falangi, w działaniu mechanicznem w życiu płodowem zrostów uczepionych na tych miejscach.

4) Preparat anatomiczny *ductus omphalo mesaraici*, wyciętego z pomyślnym wynikiem wraz z pępkiem i częścią ściany jelita biodrowego u dziecka $^1/_2$ — rocznego.

Przewód ten, mierzący na długości 4 cm., a w szerokości światła 6—8 milimetrów, drożny był w całej swej długości od pępka do jelita, gdzie nasada jego rozszerzała się lejkowato. Koniec pępkowy wynicowany w całej grubości ścian, sterczał z pępka, jako guzek wielkości wiśni, pokryty błoną śluzową zaczerwienioną, a na szczycie jego znajdował się otwór drobny, z którego wypływał stalecznie kroplami śluz lepki, wyjątkowo zaś tylko np. po sondowaniu wydobywała się w kroplach treść jelita.

Po omówieniu odstępstw od prawidłowo dokonującego się zaniku przewodu pępowino-krezkowego, który winien zatracić się już w pierwszych miesiącach życia płodowego i opisaniu zboczeń, wytwarzających się w następstwie tych wad rozwojowych, zwrócił kol. B. uwagę na groźne dla życia dziecka niebezpieczeństwo, które pociągać za sobą może utrzymujący się w życiu pozapłodowem drożny przewód pępowino-krezkowy i wyjaśnił na fantomach mechanizm, w jaki w tych razach przychodzi do wynicowania, wypadnięcia na zewnątrz i uwięźnięcie jelita. *(Streszczenie własne).*

Kol. prof. Rosner zwraca uwagę na obustronne wystąpienie tej wady i sądzi dlatego, że przyczyna mechaniczna przez więzy Simonarda jest wykluczona.

Kol. Lewkowicz zwraca uwagę, że obraz i przebieg pneumokokowego zapalenia otrzewnej u dzieci jest zwykle tak znamienny, że już przed badaniem mikroskopowem, jak to było i w obecnym przypadku, można postawić rozpoznanie.

Co do zachowania przewodu pępkowo-krezkowego, to kol. L. przypomina przedstawiony przez siebie przed paru laty przypadek kilkoletniego chłopca, obarczonego tą wadą. Z otworu w pępku wyciągnięto szczypczykami kilka glist. Przypadek ten dowodzi, że nie zawsze przychodzi do wypadnięcia i wynicowania przewodu i ciężkich zaburzeń, jakby to wynikało z przedstawienia prelegenta; w takich zaś okolicznościach nie byłoby wskazania do podejmowania zabiegów operacyjnych.

Następnie zabierali głos kol. Gliński, Rosner i prelegent.

VI. Kol. doc. Bochenek wygłosił odczyt »O nowych pojęciach o znaczeniu przysadki mózgowej«. *(Rzecz przeznaczona do druku).*

VII. Kol. doc. Godlewski mówił »O nowszych badaniach nad regeneracyą« *(Rzecz przeznaczona do druku).*

Na tem posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Landau*, sekretarz doroczny.

VII. XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w dniach 14, 15 i 16 lipca 1902.

Podał

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

38. Szuman: **Kilka uwag o rozgraniczeniu wskazań do cholecystostomii i do wycięcia pęcherzyka żółciowego.** S. jest przeciwnikiem wycinania woreczka żółciowego w przypadku kamicy żółciowej, tam gdzie można zrobić cholecystostomię; do zupełnego wycięcia powinno być ścisłe wskazanie. Nie zgadza się w tej mierze z Kehrem, który zaleca wycięcie woreczka żółciowego i sączkowanie przewodu żółciowego.

Dyskusya: Zalewski (Podole) sądzi, że leczenie w tej chorobie nie powinno się kończyć na operacyi; chirurg powinien chorego później odstąpić interniście.

Sawicki postępuje tak, że oddziela otrzewnę od woreczka żółciowego, dochodzi do przewodu i tam zakłada podwiązkę; w ten sposób powstaje kapciuch, następnie wszywa worek do jamy brzusznej. W razie wytworzenia się przetoki w miejscu podwiązki żółć nie leje się do jamy brzusznej, tylko na zewnątrz.

39. Pomorski: **Kościomięsak** *(osteosarcoma)* **czaszki u $1^1/_2$-letniego dziecka.** P. demonstruje preparaty drobnowidowe z tego przypadku.

40. Pomorski: **Rak pierwotny wątroby u 7-letniej dziewczynki.** Dopiero przy operacyi stwierdzono raka wątroby; przed operacyą sądzono, że ma się do czynienia z nowotworem trzustki. Przypadek ten zakończył się śmiertelnie.

Dyskusya: Bossowski miał dwa przypadki mięsaków wątroby u dzieci, a jeden raka pierwotnego, który się zakończył niepomyślnie.

Kader opowiada o przypadku gruczolaka torbielowatego wątroby u 19 letniej kobiety, u której przypuszczano bąblowca.

41. Kader: **Demonstracye preparatów anatomicznych.** K. okazuje preparaty woreczków żółciowych bardzo powiększonych z kamieniami żółciowymi. Chorzy nie mieli żółtaczki, ani bólów. K. operował w ostatnich czasach 4 takie przypadki, w których choroba objawiała się wystąpieniem guza w podżebrzu prawem i zaburzeniami jelitowo-żołądkowemi bez objawów ze strony dróg żółciowych. Wszystkie z dobrym wynikiem. Nadto demonstruje skamieniałego raka sutka.

42. Samanek: **Przedstawienie chorego z ropniem na tle pneumokoków.** Badania bakteryologiczne ropy z przeciętego ropnia na łydce u człowieka, który krótki czas przedtem przebył zapalenie płuc, wykazały pneumokoki Fränkla. Uderzającem było także to, że ropień bardzo źle się goił.

Dyskusya: Sawicki zauważył, że i *bacterium coli commune* daje bardzo ciężkie ropnie.

43. Samanek: **Próby przeszczepiania nowotworów na zwierzęta.** W klinice robiono doświadczenia, które jednakże nie doprowadziły do żadnego celu. Wszyto u kozy w wymię cały zrakowaciały sutek, lecz po pewnym czasie uległ zupełnie wessaniu. Psy w czasie takiego wessania źle się mają.

Dyskusya: Wehr gorąco popiera wszelką pracę w tym kierunku, chociaż nie wierzy w przeszczepianie na zwierzęta. Uważa raka za chorobę zakaźną, o czem świadczy przebieg, podobny do chorób zakaźnych, objawy i nawroty.

Kader podobnie się zapatruje na zakaźność raka. Zagadnienie to stara się w swojej klinice drogą doświadczenia rozwiązać.

44. Rutkowski: **Plastyka pęcherza moczowego.** R. wytwarza jednoczasowo z wyciętej pętli jelita cienkiego przednią ścianę pęcherza i odrazu pęcherz zapuszcza do jamy otrzewnowej, nie jak Mikulicz, który niezależnie od R. podał tę operacyę z tą różnicą, że najpierw wyklucza pętlę, a dopiero na drugiem posiedzeniu przyszywa ją do pęcherza i zapuszcza w głąb jamy otrzewnowej. Chory R. mimo operacyi nie może moczu zatrzymać.

Dyskusya: Rydygier jest bardzo zadowolony z pomysłu Rutkowskiego, tem bardziej, że w swej operacyi nie będzie się bał o otrzewnę, biorąc z tego przykład.

Chlumsky radzi przy wejściu do pęcherza zrobić rodzaj zwieracza przez wstrzyknięcie parafiny pod błonę śluzową.

Bossowski jest za metodą Sonnenburga, polegającą na wszczepieniu moczowodów. Chłopaka z rozszczepem cewki wygoił szeregiem starych metod, a niezatrzymywanie moczu usunął okręceniem cewki tak, że chłopak 3 godziny mógł mocz zatrzymać.

Kryński jest przeciwny sposobowi Sonnenburga, który znosi prawidłowy zbiornik.

45. Sołtysik: **Przypadek przepukliny brzusznej uwięźniętej z przedziurawieniem jelita po urazie.** U dorosłego człowieka, który przebił się, spadając na widły w ten sposób, że kolec ich przeszedł przez mosznę obok sznurka nasiennego i zatrzymał się pod skórą brzucha w okolicy wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, wystąpiły objawy ostrej niedrożności. Przy operacyi w dniu następnym okazał się ciekawy obraz: kolec, przechodząc przez jamę brzuszną, przebił dwa razy pętlę jelitową, zabrał ją pod skórę, gdzie uległa uwięźnięciu i tym sposobem uchroniła od wylania się swej treści do jamy otrzewnowej. Otwór jelita zeszyto i chory wyzdrowiał.

46. Herman: **O ranach postrzałowych.** H. zbiera w swym treściwym referacie najnowsze zdobycze nauki o ranach postrzałowych, tak co się tyczy aseptyczności ran, na co pierwszy zwrócił uwagę Bergman, jak i zależności ich od gatunku broni. Zdaniem referenta broń dzisiejsza jest o wiele bardziej ludzką, niż dawniejsza i mniej daje inwalidów.

Dyskusya: Szuman zwraca uwagę, że nie Bergman, ale już Herman Fischer w r. 1879 mawiał, że ran postrzałowych nie powinno się tykać, ani w nich grzebać.

Bogdanik ma wielkie pod tym względem doświadczenie. Broń dawniejszą uważa za bardziej ludzką. Przyczyną śmierci bywa przy ranach postrzałowych nie sama rana, czasem nawet nic nie znacząca, ale *shok* towarzyszący.

Rydygier *(jun.)* doświadczył sam na sobie wstrząśnienia nerwowego przy postrzale.

Wehr uważa broń obecną za więcej ludzką, gdyż nie ma nabojów z twardemi jądrami, które sprawiały straszne spustoszenia. Nietylko Fischer, ale i Ambrosius Paré przestał rany postrzałowe smarować i wypalać.

47. Jasiński: **O skórzakach w okolicy krzyżowej.** Przypadki skórzaków w okolicy krzyżowej nie są rzadkie: tworzą one przetoki, które dają często powód do mylnych rozpoznań. Mianowicie bywają uważane za gruźlicze zapalenie kości krzyżowej z następowemi przetokami. Powinno się je radykalnie leczyć tylko przez doszczętne wyłuszczenie.

Dyskusya: Rydygier wygoił dwa przypadki przez doszczętne wycięcie całego torbiela.

Szuman w jednym przypadku myślał, że ma do czynienia z próchnieniem kości krzyżowej; szerokie nacięcie pouczyło go dopiero.

48. Klęsk: **Rak głowy i przyczynek do chirurgii mózgu.** (Drukow. w Nrze 42 „Przegl. lek.“ 1902).

49. Ślęk: **O nowotworach na kończynach.** Nowotwory na kończynach nie należą do rzadkości, są tylko trudne do rozpoznania, o ile są usadowione w blizkości stawów (w nasadach kości). Cechują się tem, że są względnie dobrotliwe, a zabieg chirurgiczny ograniczyć się może tylko do wycięcia kości zajętej nowotworem.

Dyskusya: Sołtysik zwraca uwagę na to, że nowotwory, wychodzące z okostnej, są złośliwsze, niż wychodzące z kości; nowotwory okostnowe trzeba doszczętnie wycinać.

Sawicki przypomina, że nowotwory wielkokomórkowe dają lepsze rokowanie.

Rydygier w uzupełnieniu wykładu dodaje, że tych przypadków z nowotworami na kończynach obserwował 36; twierdzeniu Sołtysika przyznaje zupełną słuszność.

Zawadzki przestrzega przed szałem operacyjnym na kończynach; czasem jod wewnętrznie stosowany i opatrunki dają bardzo dobre wyniki.

Ślęk nie widział żadnego skutku po jodzie; w jednym przypadku mimo leczenia nowotwór tak urósł, że musiano robić wyłuszczenie w stawie.

50. Jasiński: **O torbielach trzustki.** Prelegent opisuje przypadek torbiela trzustki, operowany w klinice lwowskiej. W górnej części linii środkowej jamy brzusznej poza żołądkiem był guz chełbocący, dający się od wątroby zupełnie oddzielić. Rozpoznano torbiel trzustki; po otwarciu jamy brzusznej wszyto przez szczelinę w więzadle żołądkowo-okrężnicowem szczyt guza do rany w powłokach brzusznych, wypuszczono po nacięciu kilka litrów płynu ciemnego i wysączkowano. Rana zgoiła się *per secundam.*

Dyskusya: Sawicki miał podobny przypadek, ciekawy o tyle, że kierunek guza szedł ku małej miednicy; łatwo było się pomylić i rozpoznać torbiel jajnika. Nie można było guza zupełnie wyciąć; po wycięciu więc części guza wszyto resztę guza do rany w powłokach. Kobieta tymczasem zaszła w ciążę, trzeba było wywołać poród przedwczesny, potem wystąpił obrzęk udowy położnic *(phlegmasia alba dolens)* i chora umarła.

51. Pomorski: **Ciąża zamaciczna, operowana dwa razy drogą laparotomii, — wyzdrowienie.** Przypadek tyczy się kobiety, którą P. operował z powodu ciąży trąbkowej już po pęknięciu trąbki, kiedy objawy znacznego krwotoku już minęły. Łożysko było przyrośnięte do odbytnicy, a płód w jamie brzusznej. P. wyciął trąbkę. W kilka lat później kobieta ta znów zaszła w ciążę: była to ciąża trąbkowa po drugiej stronie; i tę trąbkę P. wyciął także.

Dyskusya: Rosner opowiada przypadek, gdzie przy ciąży trąbkowej przyszło do pęknięcia trąbki; dziecko mimo to rozwijało się w jamie brzusznej aż po koniec ciąży. Po otwarciu jamy brzusznej zobaczono dziecko pozrastane z jelitami. — R. sądzi, że przy każdym krwotoku wewnętrznym wolnym powinno się przystąpić do laparotomii.

Zalewski jest tego zdania, że krwotok nie jest wskazaniem do operacyi, mianowicie jeśli kobieta jest za słabą.

Oderfeld przypomina opisany przypadek Matlakowskiego, podobny do przypadku Rosnera.

52. Herman: **W sprawie doszczętnego operowania raków wargi dolnej.** (Drukow. w Nrze 41 „Przegl. lek.").

Dyskusya: Kader operuje możliwie doszczętnie. Robi cięcia duże, przedewszystkiem dostaje się do opuszki tętnico-szyjnej *(bulbus caroticus)*, gdzie wycina gruczoł tętnico-szyjny *(glandula carotica)* — i ma bardzo dobre wyniki, a rzadko nawroty. (Dok. nast.).

† Dr. Wacław Sobierański.

Dnia 12 b. m. zakończył życie we Lwowie Wacław Sobierański, Doktor filozofii i medycyny, zwyczajny profesor farmakologii i farmakognozyi w Uniw. lwowskim. Urodził się r. 1860 w Płocku; nauki gimnazyalne przechodził w Płocku i Warszawie; po ich ukończeniu zapisał się na Wydział przyrodniczy w Warszawie; po kilkoletnich studyach wyjechał za granicę, gdzie poświęcił się naukom lekarskim, początkowo w Heidelbergu, a następnie w Strasburgu. Otrzymawszy stopień doktora filozofii i medycyny, został asystentem Bunsena w Heidelbergu, a następnie habilitował się na docenta farmakologii w Marburgu. W r. 1896 powołany został na katedrę farmakologii w Uniwersytecie lwowskim, na której do śmierci pracował, o ile wcześnie podkopane zdrowie na to pozwalało.

Do ważniejszych prac zmarłego profesora należą: 1) „O zmianach fizycznych własności nerwu pod wpływem temperatury." 2) „Nowsze badania nad farmakologią żelaza". 3) „O czynności nerek i działaniu środków moczopędnych." 4) „Dalsze badania nad czynnością nerek." 5) „Krytyczne uwagi nad czynnością nerek." Ta ostatnia praca wyszła w „Gazecie lekarskiej" 6. grudnia b. r., t. j. na 6 dni przed śmiercią nieodżałowanego autora.

Umysł szeroki, przekraczający zakres wiedzy zawodowej; badacz samodzielny, obdarzony zdolnością techniczną i umysłową do poszukiwań naukowych; charakter hartowny, nieugięty; wszystkie te zalety umysłu i charakteru złamała nieubłagana choroba, odbierając w ciągu kilku lat ostatnich myślicielowi pogodę, a badaczowi spokój i ciągłość zakreślonego obszaru dociekań naukowych.

Z szczerem odczuciem dotkliwej straty, którą ponosi nauka lekarska i lwowski Wydział lekarski, żegnamy zmarłego uczonego z głębokim żalem i serdecznem życzeniem, aby ta ziemia, na której tyle się nacierpiał, w ciągu lat ostatnich, po śmierci była mu lekką.

Zwłoki spoczęły w Warszawie na cmentarzu powązkowskim

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 18. grudnia.

*) *Otrzymujemy następujący komunikat do ogłoszenia:*

Centralny Wydział Towarzystwa lekarzy wiedeńskich postanowił na posiedzeniu dnia 11 października 1902 r., zwołać społeczno-lekarski wiec do Wiednia i zaprosić do udziału w nim wszystkie Towarzystwa lekarskie Austryi.

Na delegatów należy wybrać lekarzy, tylko należących do Towarzystw; każdy lekarz może również uczestniczyć w obradach, jednak bez prawa głosowania. Na Zgromadzeniu będą omawiane wszystkie bieżące sprawy, tyczące się stanu lekarskiego, o załatwienie których dotychczas nadaremnie kołatamy; a powzięte uchwały przedstawione będą sferom miarodajnym. Na posiedzeniu tem podniesiony będzie wyzysk lekarzy przez publiczność i rząd.

Wiec ten powinien być wyrazem wielkiej i trwałej solidarności lekarzy; powinien on wystąpić przeciw fałszywemu pojmowaniu ustawy o kasach chorych, gdyż tę wydano tylko dla ubogich.

Wiec zredaguje memoryał do rządu, w którym wykaże, że tworzenie nowych kas na podstawach teraźniejszej ustawy podkopuje stan lekarski. Rząd nie powinien przyczyniać się do tego, by lekarze stali się ofiarą ustawy socyalnej, gdyż w przeciwnym razie nie będą nadal zachowywać się biernie, lecz zażądają z całą stanowczością tego, by nie odgrywali roli tylko dających, a nic nie biorących.

Uzyskać to możemy tylko przez działanie jednomyślne, dlatego powinniśmy zapomnieć o wszelkich swarach, czy to osobistych, czy narodowych, gdyż wspólne niebezpieczeństwo wymaga silnej łączności.

Tuszymy sobie, że wszystkie Towarzystwa lekarskie poprą naszą myśl przez wysłanie swych delegatów, o wyznaczeniu których Towarzystwa zechcą zawiadomić Zarząd Związku do **15 grudnia 1902 r.** pod adresem: Dr. Adolfa Kleina *(Wien III., Hauptstrasse 50).*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem złożyła sprawozdanie Komisya wybrana w celu wydania opinii, czy ze stanowiska lekarskiego pożyteczniejszą jest dla młodzieży szkoła jednorazowa, czy też dwurazowa. W myśl referatu sprawozdawcy Komisyi, kol. prof. Cybulskiego, Towarz. lekar. krak. oświadczyło się za szkołą jednorazową.

Następnie odbyły się wybory do zarządu Towarzystwa na rok 1903. Wybrani zostali: kol. prof. Jul. Nowak (prezes), kol. prof. Al. Rosner (zastępca prezesa); kol. Dr. Borzęcki (sekretarz stały); kol. Dr. S. Dobrowolski (sekretarz doroczny); kol. A. Wrzosek (bibliotekarz); kol. A. Kwaśnicki (redaktor »Przeglądu lekarskiego«). Do Komisyi redakcyjnej »Przegl. lekar.« wybrani zostali koledzy: prof. Raczyński, prof. Ciechanowski, prof. Trzebický i Dr. Cercha.

* Pogrzeb prof. W. Sobierańskiego, jak donoszą ze Lwowa, odbył się przy licznym udziale obywatelstwa. Po wyniesieniu zwłok z mieszkania żegnali zmarłego: Prof. A. Gluziński imieniem Wydziału lekarskiego; Doc. A. Sołowij imieniem Towarz. lekarzy galicyjskich.

* Fizykiem miejskim m. Lwowa wybrany został Dr. Wiktor Legeżyński.

* Nagroda Nobla dla działu medycyny zostanie w tym roku przyznaną D-rowi Ross (Liwerpool) za pracę o zakażeniu zimniczem.

* Między 3 a 9 b. m. doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w trzech gminach powiatu sanockiego. W tymże czasie stwier-

dzono dur osutkowy w powiecie bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.) i skałackim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLVIII (23—29—XI). Ludność średnia roczna wynosi 94·057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 53, zmarło osób 40, mianowicie: z gruźlicy 10 (3 zam.), z zapalenia płuc 6 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2, z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery niemowląt 1.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Dr. Grunert otrzymał tytuł prof. nadzwyczajnego okulistyki w Tybindze. Docenci: Dr. Lassar, Dr. Remak i Dr. Lexer — mianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi w Berlinie. Prof. Dr. H. Nothnagel mianowany został członkiem Izby panów.

Nekrologia. Dr. Jan Tymowski zakończył przed tygodniem życie w Paryżu. Urodził się r. 1851 w Żerochowie (gub. piotrkowska); nauki gimnazyalne odbył w Kaliszu i Piotrkowie; w r. 1870 wstąpił w Monachium na wydział lekarski, który ukończył w r. 1876. Działalność zawodową rozpoczął w Reichenhallu, następnie przeniósł się do San Remo, jako lekarz chorób piersiowych. W r. 1880, po złożeniu egzaminu państwowego w Bazylei, objął kierownictwo zakładu leczniczego w Bürgenstock (pod Lucerną), a po dwóch latach został dyrektorem zakładu w Schinznach, gdzie spędzał lato, a na zimę przenosił się początkowo do San Remo, a w ostatnich latach do Nicei. Ogłosił drukiem, przeważnie po polsku, 7 rozpraw.

Dr. Franciszek Kozakowski, l. 65, zmarł w Warszawie. Dr. Grodecki, lekarz fabryczny, zmarł w Braiłowie (na Podolu). Dr. Bronisław Jazdowski, lekarz sztabowy i pułkownik wojska angielskiego, syn wychodzcy z r. 1831, zmarł w Rzymie d. 23 listopada, w 64 roku życia.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (listopad). Rymowicz: Przyczynek do roli pneumokoka w patologii klinicznej spojówki oka ludzkiego. Rumszewicz: Przypadek samoistnego kilaka tęczówki.

— *Krytyka lekarska* Nr. 12. Giedroyć: Polacy w służbie lekarskiej carów moskiewskich w wieku XVII.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 12. A. Rydygier: O wynikach późniejszych po operowaniu wodniaka moszen sposobem Winkelmanna. Stasiński: Krytyczny pogląd na stan obecny nauki o zezie i osobiste zapatrywania na przyczyny jego (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 50. Karwacki: Aglutynacya w zakażeniu pneumokokowem. Hertz: Przypadek ostrej gruźlicy gardzieli u 6-letniego chłopca.

— *Medycyna* Nr. 50. Oderfeld i Steinhaus: Przyczynek do kwestyi guzów przerzutowych o budowie gruczołu tarczowego. Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 23. St. Orłowski: O hipnotyzmie leczniczym (c. d.). Gidgowd: O odczynie dwuazotowym (diazoreakcyi) (dok.) Bornstein: Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego (dok.).

— *La Presse medicale* Nr. 98. Lapersonne: Badanie oczów ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Constensoux: Zastosowanie mięsienia u cierpiących na wiąd rdzenia.

— Nr. 99. Nageotte: Przyczyny chorobotwórcze, wywołujące wiąd rdzenia pacierzowego. Lavarenne: Gruźlica w wojsku.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 49. Kühn: Rozpoznawcze znaczenie leukocytozy w durze brzusznym i w ropieniach chirurgicznych. Coste: O zachowaniu się leukocytozy w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Reiner: Postępowanie operacyjne dla usunięcia skrzywienia podudzia wysokiego stopnia. Baldasari: i Gardini: Przyczynek doświadczalny leczenia przedziurawienia i rozerwania woreczka żółciowego. Lehmann: O adrenalinie. Boehm: Ocena kw. borowego i boraksu, jako środków do konserwowania mięsa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 49. Leo: Przyczynek do nauki o przemianie tłuszczu w ustroju. Dimmer: Fotografia dna oka. Brat: Wpływ ciał białkowatych na krzepnięcie krwi. Mosse: O zachowaniu się barwienia komórek zwierzęcych w przeciwieństwie do barwników mięszanych. Hirschlaff: Surowica przeciw zatruciu morfiną i jej podobnymi truciznami. Baginsky: O surowicy przeciwpłoniczej (dok.). Halpern: W sprawie hemolizyny we krwi ludzkiej (dokończenie).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 50. Anton: Istotny przerost mózgowia ze zbadaniem pośmiertnem grasicy i nadnercza. Kienböck: Rozpoznanie kamieni nerkowych przy pomocy radiografii. Technika badania i przytoczenie czterech nowych przypadków. Comisso: O raku osteoplastycznym. Przyczynek kazuistyczny. Hanszel: Wrodzony polip gardła.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 50. Marx: i Sticker: Badania nabłoniaka zaraźliwego u drobiu. Herxheimer i Krause: O odczynie rtęciowym, przydarzającym się u chorych kiłowych. Vörner: O znachodzeniu się płytek we krwi chorych kiłowych i o znaczeniu tych płytek. Joseph i Piórkowski: Dalsze przyczynki do nauki o drobnoustrojach kiłowych. Bernhardd i Blumenthal: Przyczynek do nauki o wrodzonej słoniowacinie.

Towarzystwo samopomocy lekarzy odbędzie w niedzielę, d. 21 b. m., o godzinie 3 po południu ***w sali Kopernika (Collegium novum)*** III-cie zwyczajne walne zgromadzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie. 2) Sprawozdanie z czynności Wydziału. 3) Sprawozdanie kasowe. 4) Wnioski Wydziału. 5) Wybory zarządu Towarzystwa. 6) Wnioski członków.

Lekarze nie będący członkami Tow. mogą brać udział jako goście.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.